****

Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013

Jordane Lerouge*, Anas Taha, Vincent Renard*****

Collège National des Généralistes Enseignants

3 rue Parmentier 93100 Montreuil-sous-Bois

Téléphone 01 75 62 22 90. Courriel cnge@cnge.fr Site www.cnge.fr

* Interne en médecine générale. Faculté Paris Est Créteil
** Chef de clinique universitaire de médecine générale. Faculté Paris Est Créteil
*** Professeur des universités de médecine générale. Faculté Paris Est Créteil. Président du CNGE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

TABLE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX 5

GLOSSAIRE 7

INTRODUCTION 11

I. Historique de la création de la filière universitaire de médecine générale 12

II. Organisation de la filière universitaire de médecine générale 14

1. Étudiants de 3ème cycle de médecine générale 14
2. Maitres de stages universitaires 14
3. Chefs de clinique des universités de médecine générale 14
4. Enseignants associés et chargés d'enseignement 15
5. Enseignants titulaires 16

III. La recherche et la publication 18

IV. Le Collège national des généralistes enseignants 20

V. La médecine générale dans le cursus des études de médecine 20

1. Diplôme en formation approfondie en sciences médicales 20
2. Troisième cycle d'études médicales 22
   a) Le stage en médecine générale de niveau 1 23
   b) Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée 23
   c) Validation du D.E.S de médecine générale 23
3. Etats des lieux de la filière universitaire au 01/01/2011 24

MATERIEL ET METHODE 25

I. Mise en forme du questionnaire 25

II. Description du questionnaire 25

RESULTATS 27

I. Diplôme en formation approfondie en sciences médicales 27

II. Troisième cycle des études médicales 27

1. Etudiants 27

2. Enseignants 29
a. Maîtres de stage universitaires 29
b. Enseignants généralistes 30
3. Stages 31
a. Stage de niveau 1 31
b. SASPAS 32
c. Stage pôle mère-enfant 33
d. Stage libre 34
e. Stage hospitalier 35
4. Tutorat/validation de la thèse et du DES 35
a. Tuteurs 35
b. Thèse de médecine générale 36
i. Sujet de thèse de médecine générale 36
ii. Existence d'une fiche de projet de thèse 36
iii. Existence d'une relecture de thèse 36
iv. Directeurs de thèse 36
v. Soutenance avant celle du mémoire 37
c. D.E.S de médecine générale 37
i. Type de mémoire demandé 37
ii. Existence d'une relecture du mémoire 37
iii. Contenu de la soutenance du mémoire 38

III. Ratios 38

IV. Publications et recherche en médecine générale 39

1. Nombre de publications totales et indexées en 2011 et 2012 39
2. Publications internationales 40
3. Publications dans la revue française Exercer 42

DISCUSSION 43

I. Résultats les plus significatifs 43

1. Comparaison avec les chiffres de 2010-2011 43
a. Progression des effectifs étudiants 43
b. Stabilité des étudiants au-delà de T3 43

c. Progression des effectifs enseignants 43
d. Progression du nombre de chefs de cliniques 44
e. Progression du nombre de lieux de stages ambulatoires 44
2. Ratios enseignants/enseignés, lieux de stages/enseignés 46
a. Inadéquation effectif lieux de stage/ effectif enseignés 46
b. Inadéquation effectif enseignants/ effectif enseignés 47
3. Tutorat et validation du D.E.S 47
4. Recherche 48
a. Progrès du nombre de publications 48
b. Faible augmentation du nombre de publications en médecine générale 49
II. Forces et faiblesses 49
1. Forces 49
2. Limites 50
3. Biais 51
III. Comparaison avec la littérature 52
1. Observatoire national de la démographie des professions de santé 52
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 53
3. La loi HPST, le rapport Hubert, l'arrêté du 10 Août et la circulaire de la DGOS de 2011, enquête 2014 du CNGE 54
IV. Perspectives 58

CONCLUSION 60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 61

TABLE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Figure 1. Historique de la Filière Universitaire de Médecine Générale AVANT 2002 12

Figure 2. Historique de la Filière Universitaire de Médecine Générale APRES 2002 13

Graphique 1. Répartition des étudiants de 3ème cycle en 2012-2013 28

Graphique 2. Evolution des effectifs d'étudiants du 3ème cycle de 2011 à 2013 28

Graphique 3. Evolution du nombre d'enseignants universitaires de médecine générale statutaires entre les années universitaires 2010-2011 et 2012-2013 30

Graphique 4. Lieux au choix des stages de niveau 1 et SASPAS, y compris les stages courts, au cours de l'année universitaire 2012-2013 (en pourcentage) 32

Graphique 5. Comparaison du nombre total de publications de médecine générale en 2011 et 2012, en fonction de la position de l'auteur de médecine générale 39

Graphique 6. Nombre de publications dans une revue indexée en 2011 et 2012 40

Graphique 7. Nombre de publications nationales dans des revues autres que médecine générale en 2011 et 2012 40

Graphique 8. Nombre de publications dans une revue internationale avec facteur d'impact supérieur à 1 en 2011 et 2012 41

Graphique 9. Nombre de publications internationales dans des revues de médecine générale en 2011 et 2012 41

Graphique 10. Nombre de publications internationales dans des revues non médecine générale en 2011 et 2012 42

Graphique 11. Nombre de publications dans Exercer en 2011 et 2012 42

Tableau 1. Effectifs relatifs au DFASM au 01/01/2013 27

Tableau 2. Effectifs d'étudiants inscrits au 3ème cycle au 01/01/2013 29

Tableau 3. Effectifs de MSU au cours de l'année universitaire 2012-2013 29

Tableau 4. Effectifs relatifs au stage de niveau 1 au 01/01/2013 31

Tableau 5. Effectifs relatifs au stage de SASPAS au 01/01/2013 32

Tableau 6. Effectifs relatifs au stage pôle mère-enfant au 01/01/2013 33

Tableau 7. Lieux de stages ambulatoires proposés par les 19 DMG concernés pour valider le pôle mère-enfant au cours de l'année universitaire 2012-2013 35

Tableau 8. Lieux de stage ambulatoire proposés pour valider le stage libre au cours de l'année universitaire 2012-2013 35

Tableau 9. Données relatives au stage hospitalier au 01/01/2013 35

Tableau 10. Type de relecteur de la thèse finale avant sa soutenance 36

Tableau 11. Travaux demandés dans le mémoire 37

Tableau 12. Type de relecteur du mémoire final avant sa soutenance 37

Tableau 13. Durée de la soutenance du mémoire du D.E.S au 01/01/2013 38

Tableau 14. Ratios relatifs à la MG universitaire française au 01/01/2013 38

GLOSSAIRE

ARS
Agence régionale de santé

CCU
Chefs de clinique des universités

CES
Certificat d'études spécialisées

CHU
Centre hospitalo-universitaire

CNAMTS
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNGE
Collège national des généralistes enseignants

CNI
Commission nationale d'intégration

CNU
Conseil national des universités

DCEM
Deuxième cycle des études médicales

DES
Diplôme d'études spécialisées

DFASM
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DMG
Département de Médecine Générale

ECN
Epreuves classantes nationales

FI
Facteur d'impact ; estimation numérique qui reflète la visibilité de la revue sur le plan international. Plus le facteur d'impact est élevé, plus la visibilité est grande. Le facteur d'impact est calculé à partir des citations totales des articles publiés dans la dite revue par les autres revues durant les 2 dernières années.

FMC
Formation médicale continue

FORMATION FACULTAIRE INTEGREE
Enseignement spécifique à un stage assuré par le département de médecine générale.

FUMG
Filière universitaire de médecine générale

HEURES COMPLEMENTAIRES
Heures de travail effectuées par un salarié employé à temps partiel au-delà de la durée normale prévue dans son contrat de travail. Elles ne peuvent être supérieures au dixième de la durée du travail, prévue dans le contrat ; si c'est le cas, elles seront rémunérées avec une majoration de 25%.

INSERM
Institut national de la santé et de la recherche médicale

JDB
Journal de bord

JO
Journal officiel

Loi HPST
Loi hôpital-patient-santé-territoire

MESR
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

MCA
Maître de conférences associé

MCU
Maître de conférences des universités

MG
Médecine générale

NC
Numerus clausus

PA
Professeur associé

PACES
Première année commune aux études de santé

PCEM
Premier cycle des études médicales

PERDUS DE VUE
Effectif d'étudiants n'ayant pas validé leur DES, n'étant plus inscrits et dont nous ignorons le statut professionnel actuel.

PU
Professeur des universités

RECHERCHE ORIGINALE
Travail inédit, écrit dans le but de produire une nouvelle connaissance.

REVUE INDEXEE
Revue avec un impact factor calculé qui lui permet d'être classée, « indexée » dans le Thomson Reuters Journal Citation Reports publié chaque année.
Il existe 11 revues indexées reconnues comme relevant de la discipline médecine générale : Annals of Family Medicine, British Journal of General Practice, Journal of the American Board of Family Medicine, Scandinavian Journal of Primary Health Care, The Journal of Family Practice, Family Practice, American Family Physician, Biomed Central Family Practice, Family Medicine, Canadian Family Physician, Primary Care

RSCA
Récit de situation complexe authentique. Le RSCA n'est pas une « observation clinique» au sens médical du terme, c'est un travail de réflexion de l'étudiant sur une situation qu'il a personnellement vécue au cours de sa pratique professionnelle, lors d'un stage, hospitalier ou en médecine générale ambulatoire.

SASPAS
Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

SFTG
Société française de thérapeutique générale

SFMG
Société française de médecine générale

TCEM
Troisième cycle des études médicales

URCAM
Union régionale des caisses d'assurance maladie

UFR
Unités de formation et de recherche

WONCA
World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

La filière universitaire de médecine générale (FUMG) en France est encore jeune. Le diplôme d'études spécialisées (D.E.S) de médecine générale (MG) a été créé il y a 10 ans en 2004. La filière existe dans les faits depuis les premières titularisations d'enseignants de médecine générale en 2009.

La Société européenne de MG WONCA Europe (World Organisation of National Colleges and Associations of General Practitioners) (44) et le référentiel professionnel du médecin généraliste (15) définissent la médecine générale - médecine de famille comme une discipline scientifique et universitaire, avec un contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.

Le travail de définition et de théorisation a abouti en France à la définition de 6 compétences fondamentales (18):

- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- premier recours, urgences
- relation, communication, approche centrée patient
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- professionnalisme.

Le médecin généraliste utilise ces compétences dans *3 champs d'activité* (démarche clinique, communication avec les patients, gestion du cabinet médical) via *3 dimensions spécifiques fondamentales* (Contextuelle, Comportementale, Scientifique).

Les figures 1 et 2 retracent l'historique de la filière respectivement avant et après la reconnaissance de la discipline en tant que spécialité.

I Historique de la filière universitaire de médecine générale

Figure 1. Historique de la Filière Universitaire de Médecine Générale AVANT 2002

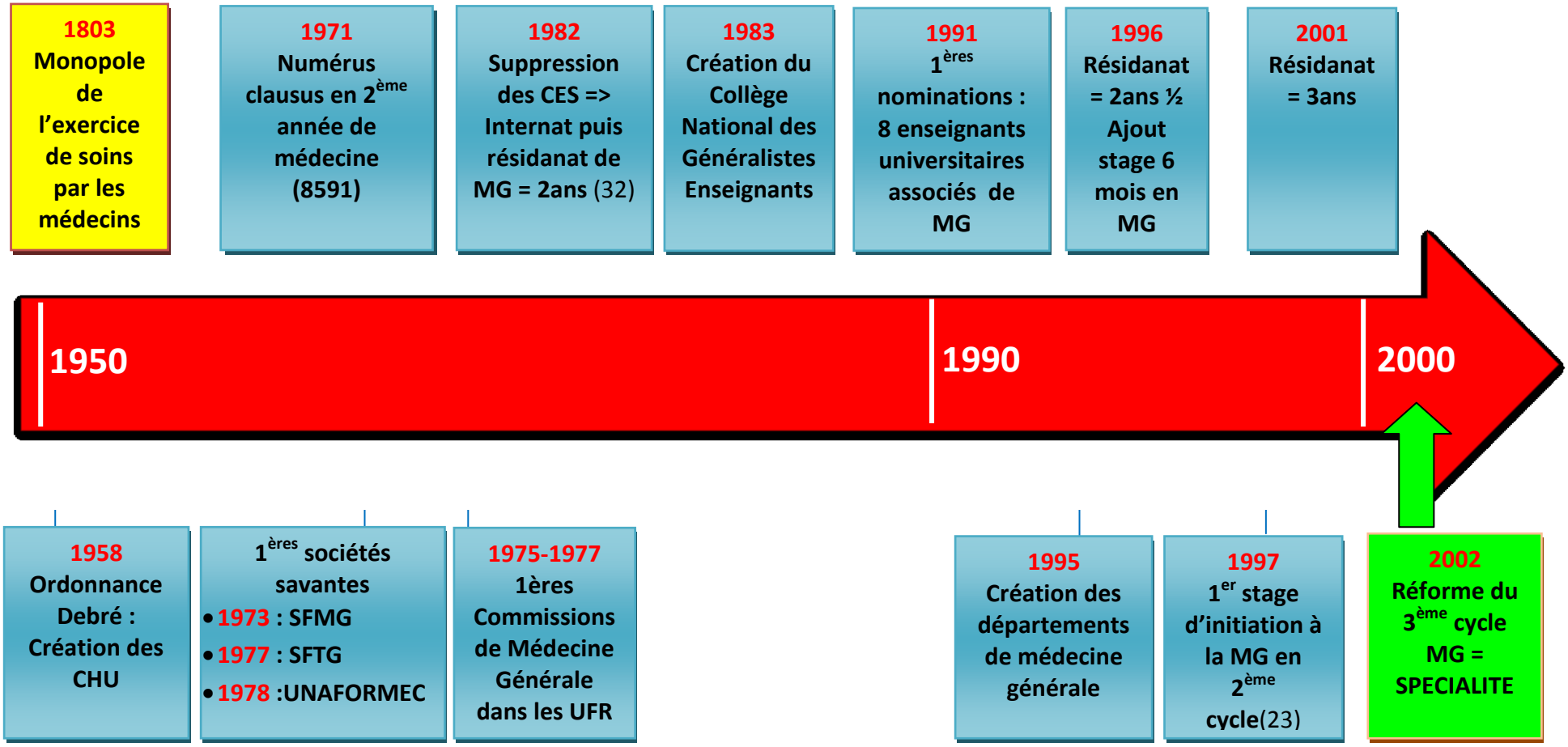
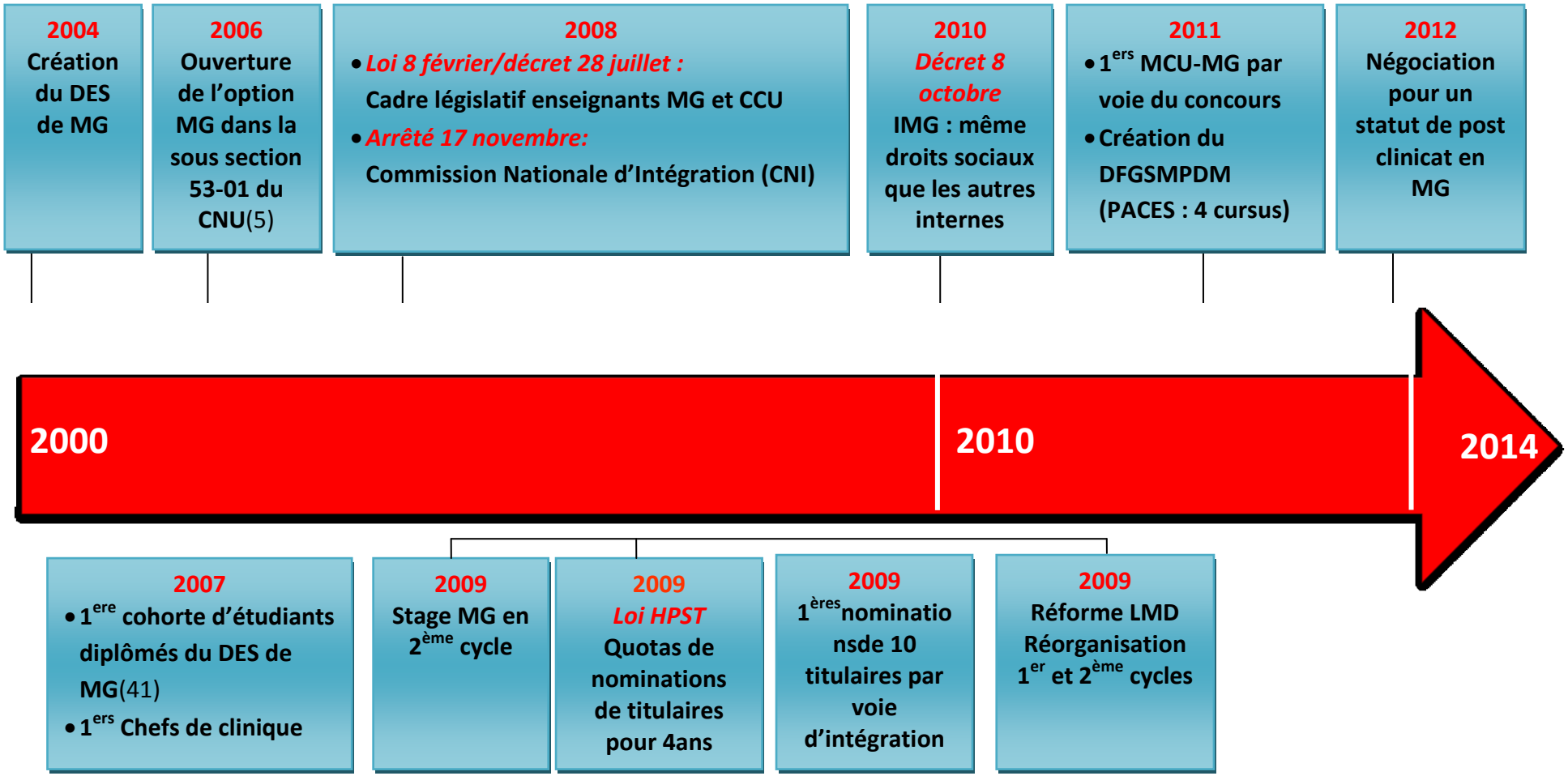


Figure 2. Historique de la Filière Universitaire de Médecine Générale APRES 2002



II. Organisation de la filière universitaire de médecine générale

1. Étudiants de 3ème cycle de médecine générale

L'interne de médecine générale est un praticien en formation spécialisée et un agent public (droits sociaux : congés parental,…). Son statut est donc identique à celui des étudiants de 3ème cycle des autres spécialités. (8) (27) (28) (33)

2. Maîtres de stage universitaires

Les Maîtres de stage universitaires (MSU ; anciennement Enseignant clinicien ambulatoire) (42) assurent l'enseignement sur les lieux de stage ambulatoire en situation professionnelle. Ils reçoivent une formation à la fonction pédagogique organisée par le CNGE et/ou les DMG. Ils étaient initialement agréés par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Ils étaient nommés sous des conditions d'ancienneté, de pratique et de lieu agréé. Depuis la loi HPST (35), cet agrément est dévolu aux Agences Régionales de Santé (ARS), le recrutement étant toujours à la charge des départements de médecine générale (DMG). Leur rémunération est constituée par des honoraires pédagogiques à hauteur de 300 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant en DFASM à mi-temps et de 600 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant de 3ème cycle à plein temps.

3. Chefs de clinique des universités de médecine générale

A l'instar des autres spécialités, les chefs de clinique des universités de médecine générale (CCU-MG) exercent une part universitaire et une part soin, exercée en médecine générale ambulatoire. La prise de fonction s'effectue pour 2 ans, renouvelable 2 fois pour 1 an. Leurs missions sont d'approfondir leurs connaissances en médecine générale, de s'investir dans des projets de recherche et d'enseigner aux étudiants du 2ème et 3ème cycles.

Si les valences de l'enseignement et de la recherche ont été précisées, la part soins n'a pas fait l'objet d'une définition précise. Les CCU-MG n'ont donc eu aucun cadre réglementaire précis pour leur exercice ambulatoire durant leur clinicat qui a fait l'objet de recommandations de la part du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Ainsi, l'organisation de leur activité et de leur calendrier (nombre de journées de soins par

semaine, horaires, nombre de consultations assurées...), leur(s) lieu(x) et modalités d'exercice ont été fonction d'arrangements locaux. (25) (34).

Les CCU-MG sont rémunérés d'une part pour leur activité d'enseignement et de recherche par l'université et d'autre part pour leur activité de soins selon leur activité (revenus libéraux, salariat en centre de santé). En cas d'activité libérale, un contrat signé à l'origine avec l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), maintenant avec l'ARS, permet la prise en charge d'un complément éventuel de revenu et d'un forfait pour les charges. Le but est d'assurer aux CCU-MG une rémunération comparable aux CCU des autres disciplines, afin qu'ils ne soient pas pénalisés par une activité à mi-temps débutante, et par les charges importantes liées au statut fiscal libéral.

A partir de 2012, la possibilité de poursuivre le clinicat sous forme de poste de chef de clinique associé (CCA) a été rendu possible en l'absence de statut de post clinicat, afin de permettre aux CCU-MG sortants de poursuivre leur cursus tout en préparant le concours de MCU-MG. (31) Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR) limite cette possibilité et n'est pas favorable à la création d'un véritable statut de post-clinicat occasionnant des difficultés pour les CCU-MG s'orientant vers une carrière universitaire.

4. Enseignants associés et chargés d'enseignement

Les enseignants associés font partie du personnel enseignant non titulaire d'un poste au sein du DMG. Ils effectuent un certain nombre d'heures de cours, tout en gardant une activité professionnelle. Ce statut, destiné à rémunérer des enseignants exerçant des fonctions temporaires d'enseignement, a été utilisé pour permettre aux enseignants de médecine générale, dont le travail était essentiel pour structurer surtout le 3ème cycle de médecine générale, d'avoir un poste et une rémunération universitaires. Il existe des Maîtres de conférences associés (MCA) et des professeurs associés (PA). Leur nomination est prononcée pour une durée de 3 ans, renouvelable sans pouvoir en théorie excéder 6 ans au total, avec toutefois des prorogations possibles pour les professeurs associés.

Ils exercent leur fonction à mi-temps universitaire, soit annuellement 64 heures de cours ou 96 heures de travaux dirigés ou 144 de travaux pratiques ou toute combinaison équivalente. Pour être recrutés comme MCA des universités à mi-temps, les MG doivent en

outre avoir assuré, pendant au moins 3 ans, des services d'enseignement rémunérés à la vacation dans un établissement d'enseignement supérieur. Pour être recrutés comme PA des universités à mi-temps, ils doivent justifier de 3 années de fonctions en qualité de MCA des universités à mi-temps. (20)

Le faible nombre d'enseignants associés par rapport au nombre important d'internes a nécessité dès l'origine l'emploi d'enseignants vacataires pour assurer les heures d'enseignement nécessaires notamment en 3ème cycle de MG. Depuis mars 1986, certains d'entre eux ont pu bénéficier des titres de "chargé" ou "attaché d'enseignement", accordés par le doyen après une décision du Conseil de l'UFR. C'est parmi ces enseignants que *le décret du 20 septembre 1991* a ouvert la possibilité de recruter des enseignants associés, professeurs ou maîtres de conférences, nommés à mi-temps par le Conseil National des Universités (CNU), les uns pour une durée de 6 ans, les autres pour une durée de 3 ans renouvelable une fois. (21) (22)

5. Enseignants titulaires

Les maîtres de conférences des universités (MCU-MG) et professeurs des universités (PU-MG), relèvent de la *loi du 8 février 2008*. Ils ont une activité de soins ambulatoires et sont nommés par décret. (6) (34) Ils forment un nouveau corps d'enseignants puisqu'ils ne relèvent pas des fonctions et des statuts hospitalo-universitaires révisés en 1984.

Les MCU-MG sont des fonctionnaires titulaires nommés dans un établissement public d'enseignement supérieur et de recherche (37). L'accès habituel au poste de MCU-MG se fait sur concours, avec une première étape qui nécessite d'être qualifié aux fonctions de maître de conférences par la sous-section 53.01 du CNU.
Il faut se présenter au concours de recrutement ouvert par emploi dans chaque université. L'attribution des postes est effectuée par les instances compétentes des établissements : le conseil d'administration de la faculté et la commission de spécialistes. Il est nécessaire de remplir certaines conditions afin d'avoir accès à ce concours :

- Être titulaire du doctorat ou d'un diplôme équivalent dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

- Avoir exercé pendant au moins 2 ans soit des fonctions de CCU-MG, soit des fonctions de chef de clinique associé des universités dans la discipline médecine générale, soit des fonctions de MCA à mi-temps de médecine générale ;
- Exercer une activité de soins en MG et ambulatoire répondant aux missions du médecin généraliste de premier recours définies dans le code de la santé publique.

Les PU-MG sont des fonctionnaires titulaires nommés sur un emploi dans un établissement public d'enseignement supérieur et de recherche avec globalement le même rôle que les maîtres de conférences. Les PU-MG sont recrutés par concours ouverts par établissement.

Comme pour les MCU-MG, les candidats doivent au préalable avoir été inscrits sur une liste de qualification aux fonctions de professeur des universités, établie par le CNU. Les conditions requises pour se présenter à ce concours sont :

- Être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'Etat, de diplômes universitaires, qualifications ou titres équivalents, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
- Avoir exercé pendant au moins 2 ans soit des fonctions de MCU-MG en position d'activité, de détachement ou de délégation, soit des fonctions de MCA à mi-temps de médecine générale, soit des fonctions de PA à mi-temps de médecine générale ;
- Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

Deux voies de nomination sont actuellement possibles : en dehors de celle du concours déjà citée, il est possible pendant la phase transitoire fixée par le *décret du 30 juillet 2008*, d'être nommé par intégration par le biais d'une commission nationale d'intégration (CNI) permettant de nommer des membres titulaires lors de la création d'un nouveau corps de l'état. La CNI est en place depuis le 28 juillet 2008 pour une durée de 7 ans. (6) (25) (11) (26)

III. La recherche et la publication

Les ordonnances Debré de 1958 ont rapproché la faculté de l'hôpital avec la triple mission sus citée. La médecine générale, parent pauvre, était considérée à l'époque comme une discipline d'exercice, pratique sans théorie, dont le but était de gérer les problèmes les plus simples de chaque spécialité. La recherche en médecine générale n'était alors pas identifiée ni reconnue contrairement à la situation dans d'autres pays.

Le but de la recherche en MG est de produire les connaissances opérationnelles permettant aux généralistes de prendre les meilleures décisions individuelles (face aux patients) et collectives (dans l'organisation des soins) pour améliorer la qualité des soins et la santé de la population.

Une prise de conscience a commencé au milieu des années 70, afin qu'une recherche spécifique se développe devant la singularité et la complexité de la médecine générale. La profession s'est d'abord construite à partir de la formation médicale continue et les premières sociétés scientifiques de médecine générale ont eu peu de possibilités pour promouvoir la recherche dans les années 70 et 80. Il faudra attendre les années 90, pour voir quelques appels à projets de recherche en santé publique, ouverts aux sociétés de MG, permettant de financer les premiers grands travaux en MG.

En 2006, le *rapport sur le développement de la recherche en médecine générale et en soins primaires en France* précisait pourquoi il serait souhaitable de développer la recherche en médecine générale (19) :

- la médecine générale offre *« un vaste domaine de soins (…) qui ne bénéficie pas ou peu d'investigations scientifiques rigoureuses »,* alors que l'on demande aux praticiens de mettre en œuvre une médecine fondée sur les preuves.
- il existe une nécessité de produire des connaissances scientifiques utiles aux professionnels de santé qui sont en première ligne pour répondre aux besoins des patients, et dont l'activité recouvre une part majeure des soins dispensés dans le système de santé.

Actuellement **3 lieux de productions**, au sein desquels les **MG jouent un rôle dominant**, peuvent être identifiés (27) :

1) **Les sociétés scientifiques de MG (SFTG, SFMG, CNGE)** qui ont une double fonction de formation continue et de recherche. Leur collaboration avec des équipes externes et de nouveaux financements leur ont permis d'acquérir « une dynamique d'apprentissage, des méthodes de recherche et une exigence plus élevée de rigueur scientifique ».
2) **Les DMG mobilisant enseignants et étudiants.** Les thèses de 3ème cycle sont le principal support de production des connaissances scientifiques. Actuellement, il y a peu d'enseignants généralistes titulaires d'une thèse de sciences, le premier professeur des universités de médecine générale titulaire d'une habilitation à diriger les recherches a été nommé en 2013. Proportionnellement au nombre d'internes, un petit nombre d'entre eux s'inscrivent en master. Le développement de compétences intra disciplinaires est assez rapide, de plus les DMG peuvent compter sur un soutien méthodologique d'autres disciplines dans certaines universités.
3) **Les réseaux locaux** qui ont des difficultés à regrouper les compétences méthodologiques et les moyens matériels suffisants.

Toutes ces initiatives peinent à atteindre une masse critique, en comparaison avec ce qui se passe dans les pays qui ont investi dans la recherche en soins primaires et dans l'organisation de la médecine en première ligne. La production scientifique de recherche en MG demeurait très modeste, surtout domestique et était le fait d'un petit nombre d'auteurs. Les publications françaises dans les revues internationales étaient rares.

Les facteurs contextuels étaient que jusqu'à présent, les médecins généralistes enseignants n'avaient aucune formation spécifique à la recherche au cours de leur cursus, et n'avaient pas d'environnement propice à la publication ni à la réalisation de projets ambitieux.

Aucune revue française publiant spécifiquement des travaux de recherche de médecine générale n'est à ce jour référencée.

IV. Le collège national des généralistes enseignants

Le collège national des généralistes enseignants (CNGE), a œuvré depuis sa création en 1983 pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire. Son activité s'articule autour de **3 pôles** :

1) **Un pôle régional**, dont chaque collège, en lien avec les facultés de médecine, définit son activité en fonction de ses priorités et du contexte.
2) **Un pôle national** travaillant en concertation avec les autorités de tutelle, que sont les Ministères de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR). Il est impliqué dans la définition des programmes du DFASM afin d'y introduire des données de MG et travaille à la certification des compétences des étudiants à l'issue du D.E.S, fait de la recherche en soins primaires sa priorité en initiant et développant des travaux de recherche et propose des formations autour de la pédagogie et du soin en collaboration avec les collèges régionaux.
3) **Un pôle international** où il est membre de la WONCA Europe et où il participe activement aux réseaux Européens : EURACT (enseignement), EQUIP (Qualité des soins), EGPRN (recherche) et EURIPA (médecine rurale).

Le CNGE publie la revue de recherche en médecine générale française reconnue comme la revue de référence de la discipline par le CNU, ***Exercer.***

V. La médecine générale dans le cursus des études de médecine

1. Diplôme en formation approfondie en sciences médicales

Depuis la *réforme de 2009* inscrivant les *études médicales dans un cursus type LMD (Licence-Master-Doctorat)*, les 1er et 2ème cycles ont été réorganisés en France (1):

- **1er cycle** = 3 ans et non plus 2. Il s'agit d'une **licence** permettant d'approfondir les bases théoriques et la pratique via des enseignements articulés parallèlement autour d'un même appareil. Il permet l'obtention du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM).

- **Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES)= ex. PCEM 1**
  - Cette PACES, commune à 4 cursus, est une année de concours qui sélectionne les étudiants autorisés à poursuivre le cursus sur une accumulation de connaissances théoriques.
  - Le 22 mars 2011, voient le jour, issus des travaux de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Santé, les Diplômes de Formation Générale en Sciences Médicales, Pharmaceutiques, Déontologiques et Maïeutiques.
- **DFASM1 = ex. PCEM2**
- **DFASM2 = ex. DCEM1**

- **2ème cycle** = 3 ans et non plus 4. Il s'agit d'un **master** où l'on apprend les manifestations cliniques, les mécanismes physiopathologiques et les démarches thérapeutiques appliquées à chaque pathologie de chaque discipline. Il donne lieu au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) à l'issue duquel se déroulent les Epreuves classantes nationales (ECN) (2) (7) (30).
- **Le 3ème cycle** est inchangé ; appelé aussi **internat** et aboutissant au D.E.S (3).

Vu l'absence de la FUMG, l'ancienne 2ème partie du 2ème cycle (actuel DFASM), s'est construit sans la MG ; aucun des 345 items des ECN n'est dévolu à l'enseignement des médecins généralistes. Même l'enseignement relatif aux items concernant des pathologies fréquentes en soins primaires est assuré par d'autres spécialistes que les généralistes. L'évaluation aux ECN, qui guide le curriculum, est faite à partir de dossiers dits « transversaux » élaborés sans les généralistes universitaires. On peut donc en déduire à la fois la portion congrue de la MG dans l'ancienne 2ème partie du 2ème cycle des études médicales (actuel DFASM) et l'absence de sens pour les étudiants de cette discipline qui n'est ni enseignée ni prise en compte dans l'évaluation.

En revanche, depuis *l'arrêté du 18 juin 2009*, le stage de MG de l'ancien DCEM (actuel DFASM), se doit d'être effectué à raison d'un minimum de 6 semaines à temps plein, 3 mois à mi-temps, ou 60 demi-journées, selon l'organisation retenue pour ce stage. (7) Ce stage obligatoire ne peut être organisé pour l'ensemble des étudiants étant donné les effectifs

d'étudiants d'une part, le nombre des maîtres de stage disponible et les faibles moyens des DMG d'autre part.

2. Troisième cycle d'études médicales

Le D.E.S de MG est structuré par une maquette d'une durée de 3 ans pour lequel le *décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales* (TCEM) définit une **formation théorique** de 200 heures d'enseignement facultaire minimum et une **formation pratique** de 6 semestres de stage avec des fonctions hospitalières et extrahospitalières. La thèse et le mémoire sont déterminés spécifiquement par chaque DMG. Leur soutenance conduit au diplôme d'Etat de docteur en médecine et à la qualification de spécialiste en médecine générale. (24)

Le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du TCEM précise que l'interne de médecine générale doit réaliser

- 2 stages d'un semestre dans des services hospitaliers agréés pour le D.E.S de MG, 1dans un service d'adulte (médecine interne, gériatrie aiguë ou médecine polyvalente) et 1 dans un service d'urgence
- 1 stage d'un semestre dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, agréé pour le D.E.S de MG
- 1 semestre obligatoire : le stage de niveau 1 dans le cadre de la médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste agréé « maître de stage »
- 1 stage d'un semestre en situation de responsabilité professionnelle dans un cabinet de médecine générale : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS), possible en fin de troisième cycle, pour leur dernière année d'internat. A défaut, ce semestre est effectué en établissement hospitalier (stage « libre ») ou dans une structure médicale agréée par le responsable du DMG.
- 1 stage d'un semestre dit « libre » en service hospitalier agréé pour le D.E.S de MG.

L'arrêté du 10 Août 2010 a permis 2 modifications majeures : l'ouverture de stages en secteur ambulatoire en pédiatrie et en gynécologie obstétrique validant le stage «gynécologie-pédiatrie » et la possibilité de réaliser le semestre libre dans une structure agréée non hospitalière permettant de faire un semestre en ambulatoire chez des MSU. (8)

a. Le stage de médecine générale de niveau 1

Il consiste à accueillir un interne de MG, le plus souvent en 3ème ou 4ème semestre. Ce stage obligatoire de 6 mois se déroule dans un ou plusieurs sites d'exercice, à raison de 9 demi-journées par semaine, encadré par 1 à 3 maîtres de stage, et de plus, 2 demi-journées consacrées à la formation universitaire. Le maître de stage doit être présent, à son cabinet ou dans le centre de santé, en même temps que l'interne et organiser progressivement les différentes phases du stage. Trois périodes s'intriquent au cours de ce stage, la première est une phase d'observation active au cours de laquelle le stagiaire regarde, écoute et travaille à partir des éléments recueillis ; la deuxième semi active au cours de laquelle le stagiaire peut intervenir en présence du maître de stage et enfin une période active au cours de laquelle il pourra effectuer seul des actes sous la supervision de son MDS-ECA. (13) L'objectif de ce stage est la mise en autonomie de l'interne en contexte de MG ambulatoire.

b. Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

Ce stage organisé en 3ème année du D.E.S reste pour l'instant facultatif. Il a pour objectif principal de perfectionner l'autonomie de l'interne pour lui permettre d'exercer seul. Ce stage de 6 mois se déroule à raison de 9 demi-journées d'activité par semaine consacrées à la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie, et de plus, 2 demi-journées consacrées à la formation universitaire. (14)

c. Validation du D.E.S de médecine générale

Le D.E.S de médecine générale est un cursus professionnel de 3 ans. La commission interrégionale propose la délivrance du D.E.S au cours du dernier semestre d'internat en se référant à *l'arrêté du 3 Mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 Septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine* (4) (9).

Au-delà des obligations formelles, l'enjeu du D.E.S est l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice professionnel. A partir des travaux de la WONCA et de la définition européenne de la médecine générale, le CNGE a produit des travaux sur ces compétences et leur certification. Les méthodes et le montage pédagogiques ont pour objet de pouvoir certifier les étudiants de 3ème cycle à la fin de leur D.E.S. (10)

Ainsi, la FUMG porte de nombreux espoirs quant à la formation des futurs médecins généralistes, mais 4 ans après la nomination des CCU et 2 ans après celles des titulaires, nous manquons de données actualisées concernant le paysage de la MG universitaire.

3. Etat des lieux de la filière au 01/01/2011

Centrer l'activité de soins autour des soins primaires correspond à la tendance actuelle de l'OMS et récemment de l'annonce d'une politique publique en France. (37)
Le travail de thèse soutenu par Sylvain CAZARD, au DMG de Créteil en mars 2014, a permis de faire un état des lieux de la FUMG au 01/01/2011, en termes de recherche, d'enseignement et de formation pratique en MG.
10163 étudiants étaient inscrits au D.E.S de MG en incluant les T1, T2, T3 et les étudiants au-delà de T3 n'ayant pas validé leur D.E.S Cet effectif s'élevait à 12153 étudiants en comptabilisant les étudiants n'ayant pas soutenu leur thèse ou perdus de vus. Concernant les enseignants, 20 titulaires (17 professeurs universitaires (PU), 3 maîtres de conférence universitaires (MCU)), 163 associés (68 professeurs associés (PA), 95 maîtres de conférence associé (MCA)) et 67 chefs de clinique universitaires (CCU)) étaient en fonction. 17 DMG proposaient un stage de DFASM en MG conforme à la nouvelle réglementation, avec une capacité d'accueil de 2485 étudiants. 2480 et 944 internes avaient respectivement réalisé le stage de niveau 1 et le SASPAS entre novembre 2009 et octobre 2010. 5388 MSU étaient comptabilisés, dont 5073 en fonction, 1479 en DFASM et 4793 dans le 3ème cycle. 23 DMG proposaient un tutorat individuel, 688 tuteurs étaient comptabilisés. 5 articles avaient été publiés dans des revues internationales avec un facteur d'impact (IF) > 1, 3 dans des revues internationales avec un IF < 1 et 21 dans Exercer, la revue de référence de la discipline.
2010 ayant été l'année n°1 de la MG universitaire, il apparait nécessaire de faire le point sur l'évolution de la filière en 2012-2013, 2 ans après le point sus-cité.

L'objectif de notre travail est donc de réaliser un état des lieux de la médecine générale universitaire au 01 janvier 2013.

MATERIEL ET METHODES

I. Mise en forme du questionnaire

Il s'agit d'une étude **observationnelle**, **descriptive**, **transversale**, **multicentrique** et **rétrospective** basée sur le recueil de **données quantitatives**. Elle recueille **l'activité de formation et de recherche** de **l'ensemble des DMG de France** (Métropole et DOM-TOM) au 1er janvier 2013 soit Amiens, Angers, Antilles, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, La Réunion, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris 5, Paris 6, Paris 7, Paris 11, Paris 12, Paris 13, Paris-île de France Ouest, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.

Nous avons recueilli ces données via un **questionnaire**. En effet, l'un des objectifs de ce travail étant de comparer les nouvelles données à celles de 2010-2011, l'utilisation du même type de support de recueil de données nous a paru légitime; en l'occurrence un questionnaire de structure similaire amélioré.

Dans une logique de continuité, notre questionnaire s'est largement inspiré du travail de thèse réalisé 2 ans plus tôt. Il s'agissait donc **d'une centaine de questions ouvertes, fermées ou à choix multiples** mises en formes sur un format **Excel®**. Il a cependant été révisé et mis à jour en fonction des réflexions issues du précédent travail.

II. Description du questionnaire

La forme du questionnaire a été allégée afin d'en faciliter la lecture. Il s'articule en 6 onglets distincts. Les questions sur les enseignants y ont été supprimées car déjà en notre possession grâce au suivi des effectifs annuels du CNGE du 30/04/2012, réalisé par les Prs. BEIS et RENARD, après l'interrogatoire de tous les responsables des DMG et suivi de toutes les nominations.

Nous avons renseigné de nouvelles données nous paraissant intéressantes:

- **Onglet 0 : Notice** ; précisant le titre et l'objectif de ce travail, le mode d'emploi du questionnaire ainsi que nos coordonnées en cas de réclamation.
- **Onglet 1 : Etudiants de 2ème et 3ème cycle**, renseignant les différents effectifs d'étudiants inscrits en 2ème et 3ème cycle par année y compris militaires, perdus de vue et étudiants inscrits depuis plus de 6ans au D.E.S sans validation de celui-ci.
- **Onglet 2 : Enseignants, maitres de stages universitaires et postes disponibles en 2ème et 3ème cycle**, concernant les ratios d'enseignants et MSU, le nombre d'heures complémentaires effectué par ces derniers, leur type d'activité médicale dans les stages de niveau 1 et SASPAS ainsi que leur rémunération éventuelle.
- **Onglet 3 : Stages de 2ème et 3ème cycle.** Un onglet a été consacré uniquement aux stages (versus onglet global sur stages et validation du DES en 2010-2011) où ont été demandés le nombre de postes de stages de 2ème et 3ème cycle proposés et le nombre d'étudiants les ayant pourvus ainsi que les principales caractéristiques des différents lieux de stages de 3ème cycle (niveau 1, SASPAS, pôle mère-enfant, stage libre et hospitalier) en fonction de leurs spécificités ambulatoires et universitaires (éventuels travaux demandés, type de structure,…).
- **Onglet 4 : Tutorat et validation du DES (thèse et mémoire) ;** renseigne sur le fond, la forme et les modalités de soutenance respectives de la thèse et du mémoire de DES ainsi que les conditions générales du tutorat.
- **Onglet 5 : Publications en 2011 et 2012** ; liste l'ensemble des publications de 2011 et 2012 en soulignant le nom des auteurs de médecine générale situés dans les 6 premiers auteurs et/ou en dernier auteur.

Le questionnaire finalisé a été transmis par courrier électronique, par le Pr RENARD, à au moins 2 responsables locaux dans chacun des 34 DMG de France, à partir de mars 2013. Le recueil de données a été réalisé d'avril à novembre 2013, avec relances des personnes concernées, en cas de données incomplètes ou incohérentes. L'ensemble des données de 2009-2010 et 2010-2011 sont issues de l'analyse de Sylvain CAZARD.

RESULTATS

I. Diplôme en formation approfondie en sciences médicales

Ces données ne concernent pas les DMG de **La Réunion** et des **Antilles** qui n'ont pas de DFASM. Le tableau 1 résume les effectifs du DFASM.

Tableau 1. Effectifs relatifs au DFASM au 01/01/2013

Nombre étudiants inscrits à la rentrée 2012-2013*	23587 • DFASM 3 = 7986 • DFASM 4 = 7872 • DFASM 5 = 7729
Nombre de postes de stages ambulatoires proposés en 2011-2012	3882
Nombre de postes de stages ambulatoires pourvus en 2011-2012	3571
Nombre de postes de stages ambulatoires proposés en 2012-2013	4295
Existence formation facultaire intégrée au stage en 2012-2013**	17 DMG
Nombre d'enseignants généralistes en fonction en 2012-2013***	333
Nombre de MSU en fonction en 2012-2013****	2259

* 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Strasbourg).

** 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Bobigny, Nantes).

*** 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Strasbourg).

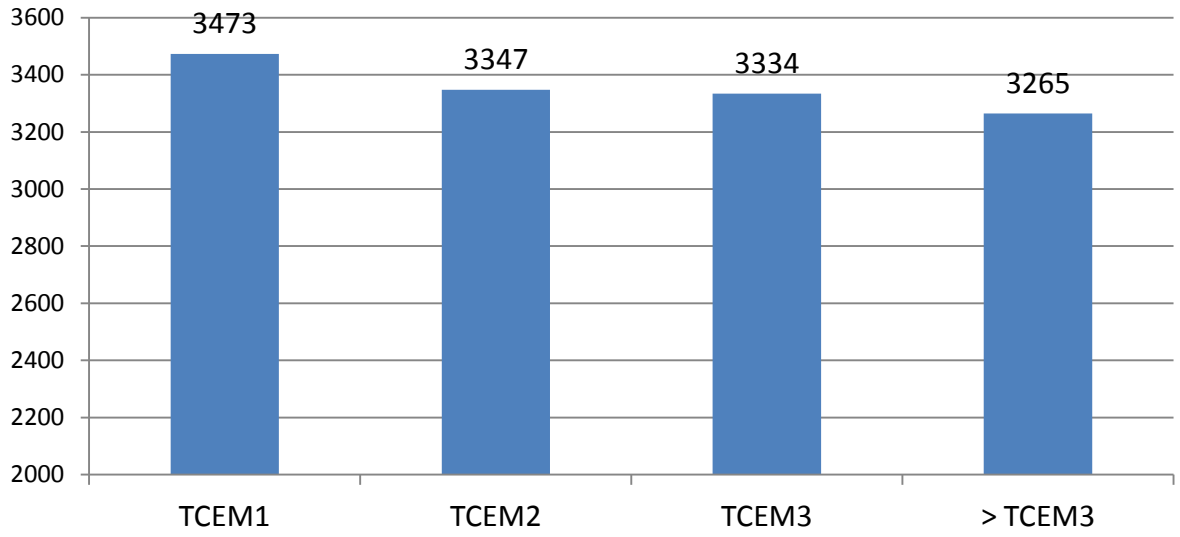
**** 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Strasbourg, Nantes).

II. Troisième cycle des études médicales

1. Etudiants

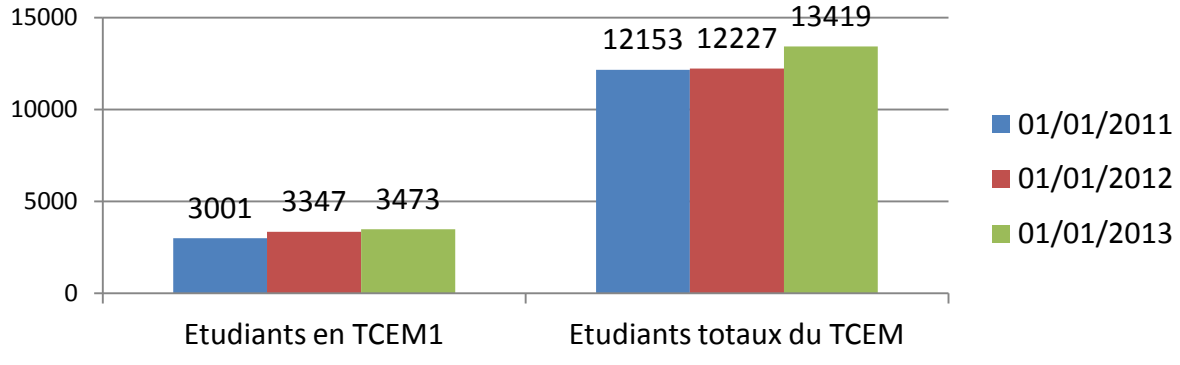
13419 étudiants ont été recensés en **3ème cycle** au cours de l'année universitaire 2012-2013, **sans compter les étudiants perdus de vue,** leur répartition est détaillée dans le graphique 1 et l'évolution des effectifs de 2011 à 2013 est représentée par le graphique 2.

Graphique 1. Répartition des étudiants de 3ème cycle au cours de l'année universitaire 2012-2013



Les logiciels de comptage des **DMG de Brest et Nantes** n'étaient pas en mesure de **distinguer les étudiants en T3 de ceux au-delà de T3**. Ils avaient fourni un chiffre global comprenant les étudiants en T3 et au-delà. Nous avons réparti les étudiants en extrapolant sur le rapport national T3/au-delà de T3.

Graphique 2. Evolution des effectifs d'étudiants du 3ème cycle de 2011 à 2013



Les chiffres de 2011-2012 ont été extrapolés à partir de l'enquête du 1er janvier 2011.

Le tableau 2 ci-dessous détaille les différents effectifs d'étudiants inscrits au 3ème cycle des études médicales au 01/01/2013.

Tableau 2. Effectifs d'étudiants inscrits au 3ème cycle des études médicales au 01/01/2013

Nombre d'étudiants inscrits en 2012-2013	13419
Nombre d'étudiants militaires inscrits en 2012-2013	210 (1,56%)
Nombre d'étudiants inscrits et perdus de vue en 2012-2013*	42
Nombre d'étudiants ayant validé leur DES en 2011-2012	2281
Nombre d'étudiants ayant validé leur thèse en 2011-2012	2260

*6 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Strasbourg, Nantes, Brest, Lyon, Rennes et Bobigny).

2. Enseignants

a. Maîtres de stage universitaires

Le tableau 3 résume les effectifs de MSU au cours de l'année universitaire 2012-2013.

Tableau 3. Effectifs de MSU au cours de l'année universitaire 2012-2013

Nombre total MSU agréés *	6638
Nombre total MSU en fonction **	5708
Nombre de MSU de niveau 1 (total pour 2 semestres)	5627 • 75 (1,33%) généralistes salariés*** • 204 (3,6%) en maison pluri professionnelle****
Nombre de MSU de SASPAS (total pour 2 semestres)	3281 • 92 (2,8%) généralistes salariés***** • 180 (5,5%) en maison pluri professionnelle******

* 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Antilles et Strasbourg).

**3 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Lyon, Diderot et Strasbourg).

***1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Marseille).

****7 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Rouen, Caen, Nantes, Grenoble, Bobigny, Toulouse et Marseille).

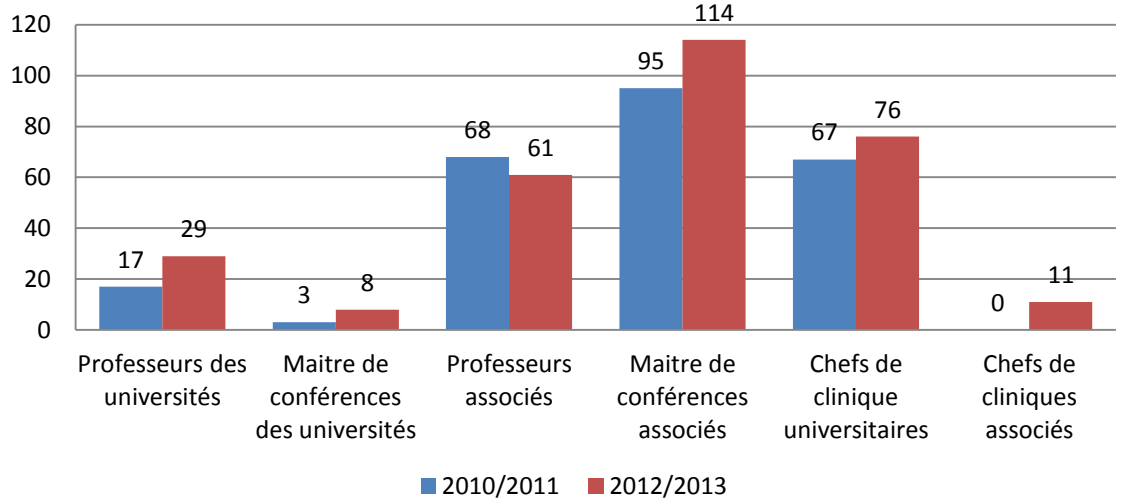
***** 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Marseille et de Nancy).

****** 6 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Rouen, Nantes, Grenoble, Bobigny, Toulouse et Marseille).

b. Enseignants généralistes

1063 médecins généralistes qu'ils aient un poste statutaire ou non, ont enseigné à la faculté dans le **3ème cycle** au 01/01/2013. 3 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Bobigny, Reims et Nantes). Les données relatives au nombre d'enseignants ayant un poste universitaire statutaire au cours de l'année universitaire 2012-2013, sont issues de l'enquête du CNGE réalisée au 30/04/2013. Le graphique 3 montre l'évolution des effectifs entre les années universitaires 2010-2011 et 2012-2013.

Graphique 3. Evolution du nombre d'enseignants universitaires de médecine générale statutaires entre les années universitaires 2010-2011 et 2012-2013



Nous avons calculé la proportion des différents types d'enseignants par rapport aux temps plein en exercice au 30/04/2012 (en pourcentage/total temps plein) : pour un **total de 124,5 équivalent temps plein**, les maîtres de conférence associé (**MCA)** représentaient **45,8%,** les professeurs associés (**PA) 24,5%,** les professeurs des universités (**PU) 23,3%** et les maîtres de conférence des universités (**MCU) 6,4%.** Il existait à cette date, **76** chefs de clinique des universités **(CCU) et 11 chefs de cliniques associés (CCA)** de médecine générale en France.

3. Stages

a. Stage de niveau 1

Le tableau 4 résume les effectifs relatifs au stage de niveau 1 au 01/01/2013

Tableau 4. Effectifs relatifs au stage de niveau 1 au 01/01/2013

Nombre de postes de stages proposés en 2011-2012	3186
Nombre de postes de stages pourvus en 2011-2012	3181
Nombre de postes de stages proposés en 2012-2013	3168 (18 de moins)
Existence formation facultaire intégrée au stage en 2012-2013*	20 DMG
Nécessité production de traces pour la validation en 2012-2013	18 DMG
Type de production demandé pour valider le stage *(RSCA : Récit de situation complexe authentique, JDB : Journal de bord)* ***	• RSCA = 9 DMG • JDB**= 3 DMG • RSCA+JDB = 4 DMG

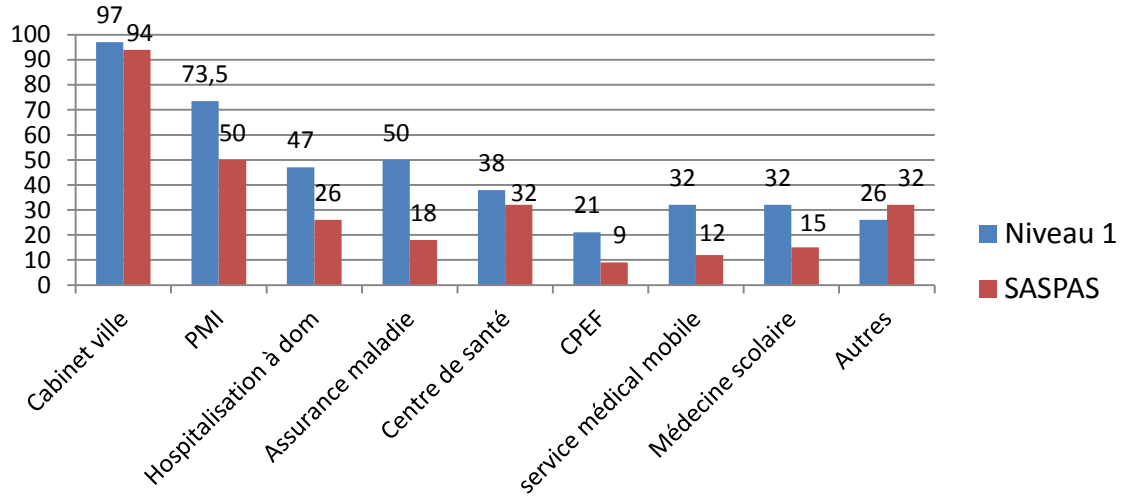
* 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Lille)

** 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Bobigny)

*** 2 DMG ont répondu « OUI » à la nécessité de produire des traces pour valider le stage de niveau 1 sans qu'il s'agisse ni d'un RSCA ni d'un JDB (Caen : rapport de stage, Nantes : travaux de recherche donnés par le MSU).

Le graphique 4 permet de comparer les différents lieux de stages, y compris les stages courts, proposés en France pour le stage de niveau 1 et le SASPAS ; l'ensemble des 34 DMG ayant répondu à cette question.

Graphique 4. Lieux au choix des stages de niveau 1 et SASPAS, y compris les stages courts, au cours de l'année universitaire 2012-2013 (en pourcentage)



Dans « Autres », ont été cités : médecine du travail, urgences privées, prison, dispensaire, soins palliatifs, centre médico-psychologique (CMP), Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), pharmacovigilance, milieu associatif, centre d'investigation clinique INSERM, service enfance et famille du conseil général.

b. Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

Le tableau 5 résume les effectifs relatifs au stage de SASPAS au 01/01/2013.

Tableau 5. Effectifs relatifs au stage de SASPAS au 01/01/2013

Nombre de postes de stages proposés en 2011-2012	1293
Nombre de postes de stages pourvus en 2011-2012	1209
Nombre de postes de stages proposés en 2012-2013	1626 (333 de plus)
Existence formation facultaire intégrée au stage en 2012-2013*	19 DMG
Nécessité production de traces pour la validation en 2012-2013	20 DMG
Type de production de traces demandé pour valider le stage *(RSCA : Récit de situation complexe authentique, JDB : Journal de bord)* **	• RSCA = 10 DMG • JDB = 4 DMG • RSCA+JDB = 5 DMG

* 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Lille)

** 1 DMG a répondu « OUI » à la nécessité de produire des traces pour valider le stage de SASPAS sans qu'il s'agisse ni d'un RSCA ni d'un JDB (Brest : présentation et argumentation de 10 cas cliniques validés par le groupe des MSU en réunion collective).

Les différents lieux de stage du SASPAS sont mentionnés dans le graphique 5 ci-dessus.

c. Stage pôle mère-enfant

Le tableau 6 résume les effectifs relatifs au stage du pôle mère-enfant au 01/01/2013.

Tableau 6. Effectifs relatifs au stage pôle mère-enfant au 01/01/2013

Existence d'un stage ambulatoire en 2011-2012	19 DMG (56%)
Nombre de postes de stages proposés en 2011-2012*	174
Nombre de postes de stages pourvus en 2011-2012	165
Nombre de postes de stages proposés en 2012-2013	243 (69 de plus)
Type de stage proposé en 2012-2013**	• ambulatoire pure = 14 DMG • mixte = 2 DMG *(ambulatoire + hospitalier)* • ambulatoire+mixte = 3 DMG
Spécialité du stage proposée en 2012-2013	• gynécologie= 7 DMG • pédiatrie = 7 DMG • mixte = 11 DMG

* 1 DMG sur les 19 DMG concernés n'a pas renseigné cette donnée (Angers).

** 3 DMG sur les 19 DMG concernés n'ont pas renseigné cette donnée (Rouen, Clermont Ferrand et Paris Diderot).

Parmi les MSU en charge du stage validant le pôle mère-enfant proposé par 19 DMG :

- Aucun ne proposait exclusivement de MSU gynécologue
- 1 DMG proposait exclusivement des MSU pédiatres
- **11 DMG** avaient exclusivement des **MSU MG**
- **6 DMG** proposaient minimum **2 types de spécialistes** (gynécologue et pédiatre et/ou gynécologue et MG et/ou pédiatre et MG et/ou gynécologue et pédiatre et MG).

Un DMG n'a pas renseigné cette donnée (Rouen).

On peut voir dans le tableau 7, les différents lieux de stages ambulatoires proposés pour valider le pôle mère-enfant au 01/01/2013.

Tableau 7. Lieux de stages ambulatoires proposés par les 19 DMG concernés pour valider le pôle mère-enfant au cours de l'année universitaire 2012-2013

Cabinet de ville	**15 DMG**
PMI	**11 DMG**
HAD	0
AM	0
CMDS	3 DMG
CPEF	**5 DMG**
SMB	0
Médecine scolaire	2 DMG
Autres : centre de santé, consultation gynécologique à l'hôpital, cabinet de sage-femme	3 DMG

A noter, pour le DMG de Nancy, le stage validant le pôle mère-enfant était en cours de construction avec l'ouverture de 5 pôles mère enfant en novembre 2013.

d. Stage libre

14 DMG ont proposé un stage libre ambulatoire en 2011-2012.

Le type de stage proposé était réparti de la sorte, en sachant que 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Rouen et Caen) :

- **stages dédiés "stage libre"** =**5 DMG**
- **stages N1/SASPAS non pourvus** = **5 DMG**
- **mixte = 2 DMG**

Dans le tableau 8 figure la proportion des différents lieux de stages libres ambulatoires proposés au 01/01/2013. Un DMG n'a pas renseigné cette donnée (Paris Diderot).

Tableau 8. Lieux de stages ambulatoires proposés pour valider le stage libre au cours de l'année universitaire 2012-2013

Cabinet de ville	**11 DMG**
PMI	**6 DMG**
HAD	2 DMG
AM	2 DMG
CMDS	1 DMG
CPEF	1 DMG
SMB	2 DMG
Médecine scolaire	1 DMG
Autres : cabinet pédiatrie, prison, consultation à l'hôpital, EHPAD, stage SASPAS non pourvu	**5 DMG**

e. Stage hospitalier

Le tableau 9 résume les données relatives au stage hospitalier au 01/01/2013.

Tableau 9. Données relatives au stage hospitalier au 01/01/2013

Nécessité d'une production de traces pour la validation*	12 DMG
Type de production de traces demandé pour valider le stage *(RSCA : Récit de situation complexe authentique, JDB : Journal de bord)*	• RSCA = 7 DMG • JDB = 2 DMG • RSCA+JDB = 3 DMG

***** 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Bobigny).

4. Tutorat/validation de la thèse et du DES

a. Tuteurs

22 DMG sur 34 ont mis en place un **tutorat individuel** avec **870 tuteurs** en fonction en 2012-2013.

Au 31/12/12, **15 DMG** avaient un **nombre moyen d'étudiants de 3ème cycle par tuteur inférieur à 10** contre **7 au-delà de 10**. Le nombre maximal d'étudiants par tuteur était supérieur à 20 dans 2 DMG.

19 des 22 DMG concernés, **rémunéraient leurs tuteurs** (ceux de Limoges et Angers n'étaient pas rémunérés). 1 DMG n'a pas renseigné cette donnée (Bobigny). La forme de rémunération (forfait vs au nombre d'heures) n'ayant pas été bien comprise (2 DMG ; Paris Descartes et Reims, rémunéreraient sous les 2 formes…), ces données n'ont pu être interprétées. Le mode de rémunération se faisait **par heures complémentaires** dans la totalité des cas.

b. Thèse de médecine générale

i. Sujet de thèse de médecine générale

Le sujet de la thèse concernait **obligatoirement la MG dans 7 DMG** sur 34**.**

ii. Existence d'une fiche de projet de thèse

Parmi les **30 DMG** demandeurs d'une **fiche de projet** de thèse, **19 exigeaient la validation** de cette fiche **avant de réaliser la thèse**.

iii. Existence d'une relecture de thèse

La **soutenance de thèse était autorisée** seulement **après la relecture de la thèse** finale dans **24 DMG sur 34.** Il existait parmi ces 24 DMG plusieurs types de relecteurs de thèse avec parfois plusieurs relecteurs par DMG (tableau 10). 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée sur le type de relecteur (Caen, Paris Diderot).

Tableau 10. Type de relecteur de la thèse finale avant sa soutenance

Directeur de thèse	**10 DMG**
Commission de thèse	2 DMG
Enseignants du DMG	3 DMG
Rapporteur	3 DMG
Président de jury	**6 DMG**
Doyen	1 DMG

iv. Directeurs de thèse

Les directeurs de thèse étaient **agréés par le DMG dans 4 DMG**.

Dans 25 DMG, tous les MG pouvaient être directeurs de thèse.

Dans 26 DMG, tous les médecins non MG, non HU pouvaient être directeurs de thèse.

v. Soutenance avant celle du mémoire

La **thèse** était **obligatoirement soutenue avant le mémoire** dans **3 DMG** des **32 DMG répondeurs** à cette question (Nice, UPEC, Paris Diderot). 2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Paris Descartes et Paris Pierre et Marie Curie).

c. D.E.S de médecine générale

i. Type de mémoire demandé

Le tableau 11 résume le type de mémoire demandé.

Tableau 11. Travaux demandés dans le mémoire

Recherche originale	21 DMG
Partie de thèse de médecine générale	19 DMG
Recueil de travaux	**22 DMG**
Autres	11 DMG

ii. Existence d'une relecture du mémoire

La **soutenance du mémoire** était **autorisée** seulement **après sa relecture** dans **25 DMG** sur 33. Le DMG de Grenoble ne faisait pas de relecture du mémoire finalisé mais d'un résumé de celui-ci avant acceptation. Il existait parmi ces 25 DMG différents types de relecteurs du mémoire avec parfois plusieurs relecteurs par DMG (tableau 12). Le DMG de Lille n'a pas répondu à la question sur le type de relecteur.

Tableau 12. Type de relecteur du mémoire final avant sa soutenance

Directeur de mémoire	2
Membres du jury	4
Enseignants du DMG	6
Tuteur	**11**
Rapporteur/personne source	**12**

iii. Contenu de la soutenance du mémoire

2 DMG sur les 34 en France ne faisaient **pas de soutenance de mémoire**, **Lille et Rouen** ; ce dernier le faisait valider par les enseignants du DMG via une grille de lecture. Le tableau 13 précise le temps attribué à la soutenance du mémoire par les 32 DMG de France concernés.

Tableau 13. Durée de la soutenance du mémoire du DES au 01/01/2013*

10 minutes	1 DMG
20 minutes	4 DMG
30 minutes	**18 DMG**
>30minutes	6 DMG
Très variable	1 DMG

*2 DMG n'ont pas renseigné cette donnée (Caen et Paris Descartes)

III. Ratios

Tous les ratios cités dans le tableau 14 correspondent à l'année universitaire 2012-2013.

Tableau 14. Ratios relatifs à la médecine générale universitaire française au 01/01/2013

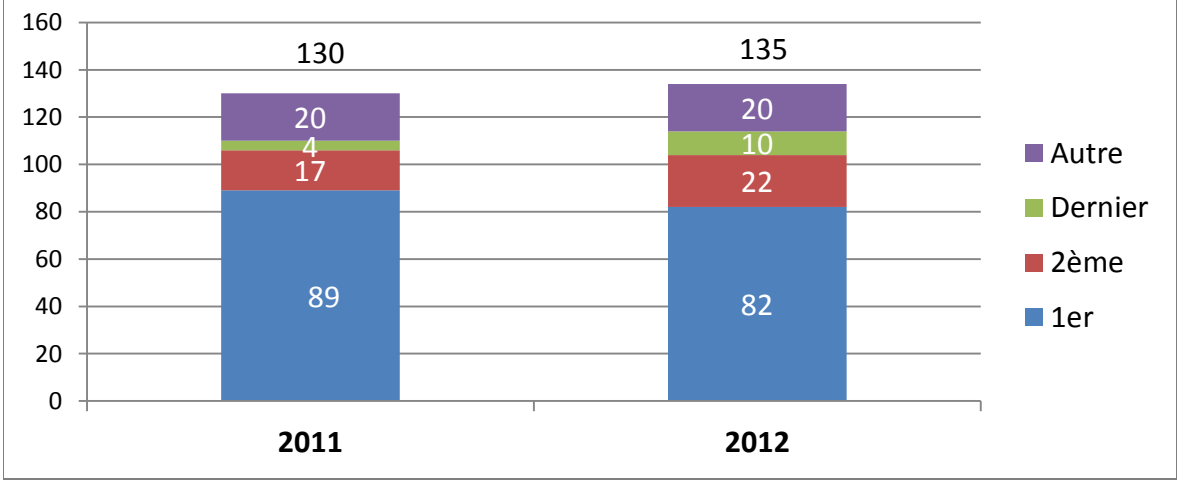
DFASM	
MSU DFASM/postes stage ambulatoire	**2259/4295** **→1 MSU** pour **2 postes**
MSU DFASM/étudiants DFASM	**2400/7862** **→1 MSU** pour **moins de 4 étudiants**
3ème cycle	
Enseignants titulaires/enseignés	**37/13419** **→1 titulaire** pour **363 étudiants**
Enseignants équivalent temps plein/enseignés	**124,5/13419** **→1 équivalent temps plein** pour **108 étudiants**
Tuteurs/tuteurés *(22 DMG concernés)*	**870/13419** **→1 tuteur** pour **15 étudiants**
MSU SASPAS/postes SASPAS	**3281/1626** **→2 MSU** pour **1 poste de SASPAS**
MSU de N1/postes de N1	**5627/3168** **→1,78 MSU** pour **1 poste de niveau 1**

IV. Publications et recherche en médecine générale

1. Nombre de publications totales et indexées en 2011 et 2012

130 articles originaux impliquant des enseignants universitaires de MG parmi les 6 premiers auteurs ont été publiés en **2011** et **135** en **2012**. Le graphique 5 compare les publications totales de 2011 et 2012 selon la place des différents auteurs médecins généralistes.

Graphique 5. Nombre total de publications de médecine générale en 2011 et 2012, en fonction de la position de l'auteur de médecine générale

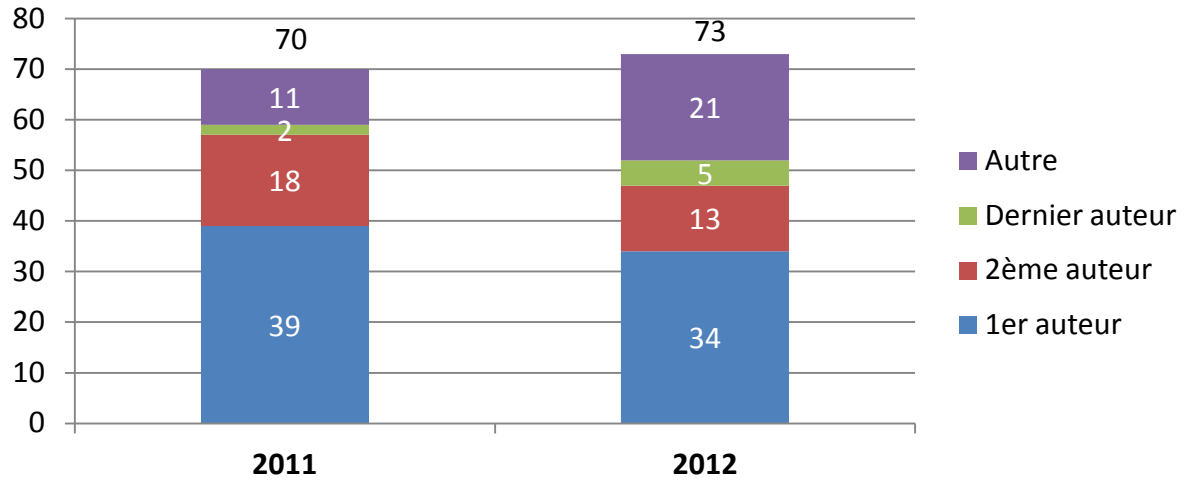


Sur les 34 DMG, **19** ont publié dans une **revue indexée en 2011**, **22 en 2012.**

Nous avons exclu les publications doublons, les articles non originaux et les publications où les auteurs MG n'étaient ni les 6 premiers ni le dernier.

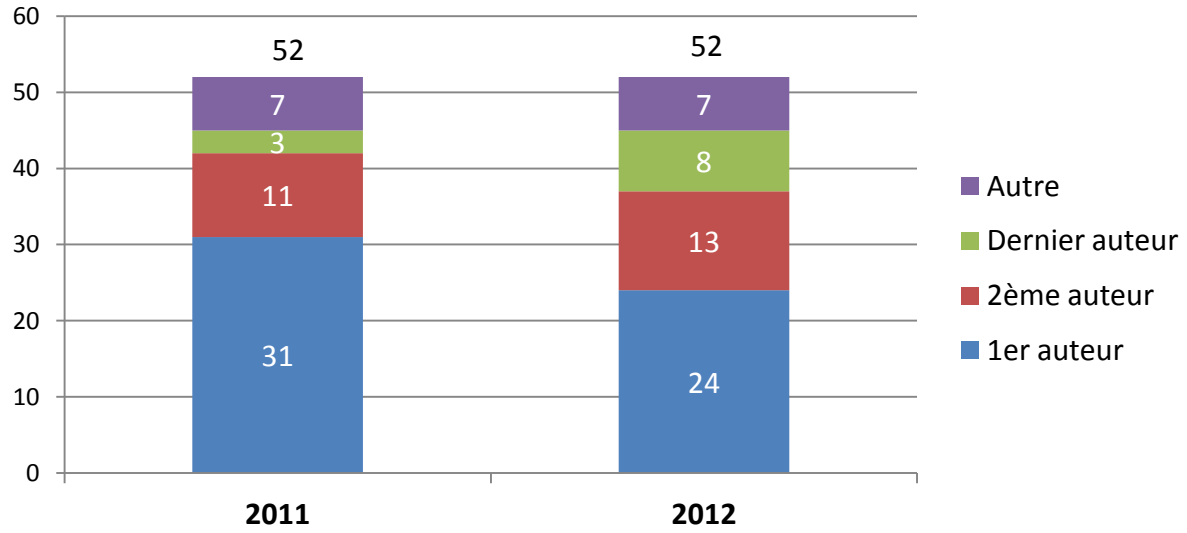
Les graphiques 6 et 7 représentent le nombre de publications, par les 34 DMG de France, respectivement dans des revues indexées et dans des revues nationales autres que MG, en 2011 et 2012, en fonction de la position des auteurs de MG.

Graphique 6. Nombre de publications dans une revue indexée en 2011 et 2012



Autre : auteurs MG non 1er ni 2ème ni dernier auteur mais dans les 6 premiers auteurs.

Graphique 7. Nombre de publications dans des revues nationales autres que médecine générale en 2011 et 2012



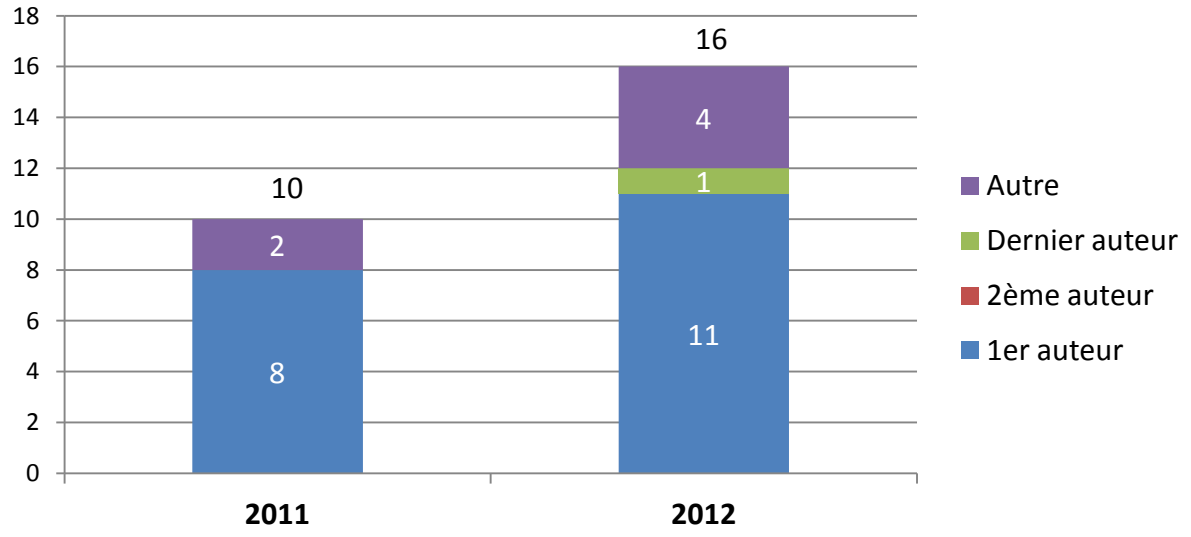
2. Publications internationales

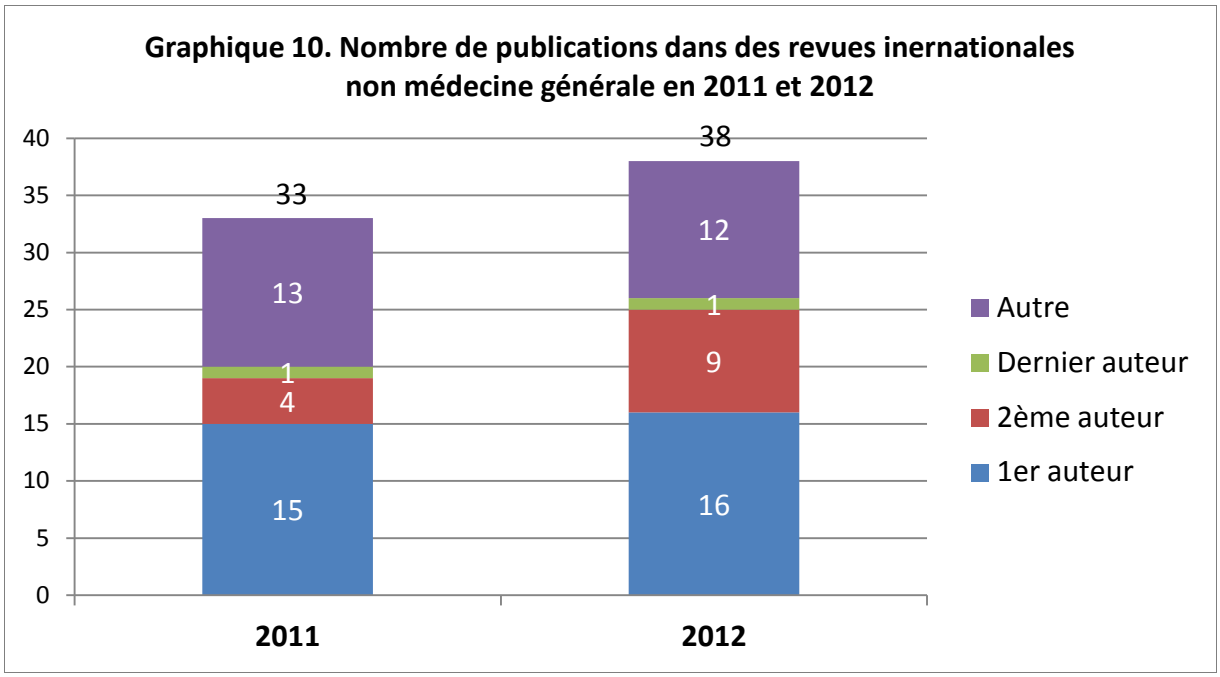
Les graphiques 8, 9 et 10 représentent le nombre de publications internationales dans des revues respectivement avec FI>1, de MG et non MG en 2011 et 2012.

Graphique 8. Nombre de publications dans des revues internationales avec facteur d'impact supérieur à 1 en 2011 et 2012

Nous avons choisi un seuil de **facteur d'impact supérieur à 1** car c'est le **seuil retenu par le CNU** pour apprécier **l'importance relative des différents articles présentés**.

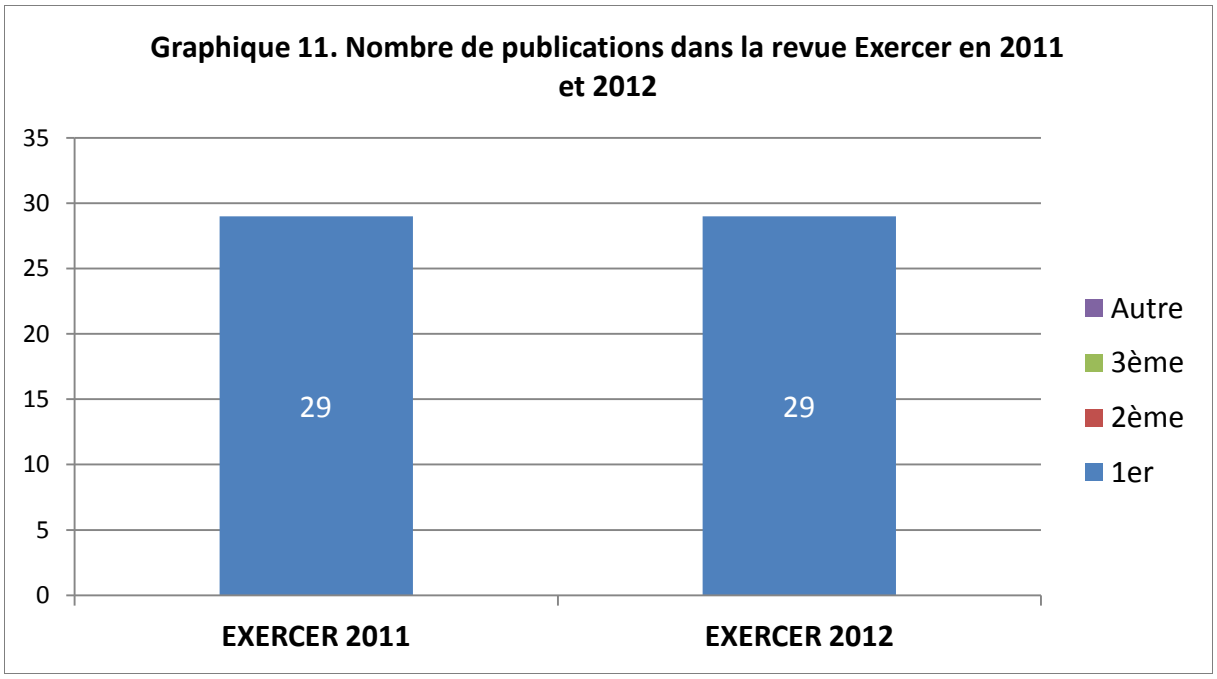
Graphique 9. Nombre de publications dans des revues internationales de médecine générale en 2011 et 2012





3. Publications dans la revue française Exercer

Le graphique 11 reprend les publications dans la revue française Exercer, revue de référence de la discipline reconnue par le CNU.



DISCUSSION

I. Résultats les plus significatifs

Les premiers résultats de l'enquête ont été présentés au cours d'une plénière lors du 13ème congrès national du CNGE le 29 novembre 2013.

1. Comparaison aux chiffres de 2010-2011

a. Progression des effectifs étudiants

Notre enquête a permis de dénombrer **23587 étudiants** de **DFASM** sur 31 DMG répondeurs (La Réunion et les Antilles n'ont pas de DFASM), soit 24347 en extrapolant sur les données de Strasbourg non disponibles contre **23570 en 2010-2011**.

Nous avons constaté une **augmentation** du nombre d'étudiants de **10,4% en 3ème cycle en 2 ans** ; **12153** (2010-2011) à **13419** (2012-2013). Les effectifs de **T1** progressent de **15,7%** ; **3001** (2010-2011) à **3473** (2012-2013).

b. Stabilité des étudiants au-delà de T3

En 2010-2011, on retrouvait un effectif de **3360 étudiants** ayant terminé leur T3 mais n'ayant pas validé le D.E.S **En 2012-2013, ce chiffre atteignait 3265 étudiants** soit une contraction minime de ces étudiants qui restaient en « surplus » au-delà de la durée de leur cursus. Il est notable de constater que malgré l'augmentation des effectifs entrants et l'augmentation très modeste du ratio enseignants équivalent temps plein/enseignés (1/120 en 2010-2011 versus 1/108 en 2012-2013), les **étudiants au-delà de T3n'augmentaient pas.**

c. Progression des effectifs enseignants

MSU :

- Pour les 2ème et 3ème cycle confondus, **6638 MSU ont été agréés** en 2012-2013 sur les 32 DMG répondeurs contre **5388 en 2010-2011** et **5708 MSU étaient en fonction** en 2012-2013 sur les 31 DMG répondeurs contre **5073 en 2010-2011**.

- Pour le DFASM, ont été comptabilisés **2259 MSU** sur 32 DMG en France en 2012-2013, soit 2400 MSU en extrapolant aux 34 DMG, contre **1479 en 2010-2011, ainsi que 333 enseignants généralistes** sur les 32 DMG répondeurs.

- Pour le 3ème cycle, ont été recensés **1063 enseignants généralistes** sur les 31 DMG répondeurs.

Enseignants titulaires :

Le **nombre de titulaires de médecine générale** dans l'enseignement de la FUMG, a augmenté de 2010 à 2012: **17 (2010-2011)** à **29 (2012-2013)** pour les **PU**, **3 (2010-2011)** à **8 (2012-2013)** pour les **MCU.**

Enseignants associés :

Le nombre de **MCA** a **augmenté** (95 en 2010-2011, 114 en 2012-2013) mais le nombre de **PA** a **légèrement diminué** (68 en 2010-2011, 61 en 2012-2013).

⇨ Le ratio **équivalents temps plein/enseignés** est passé de **1/120** en 2010-2011 à **1/108** en 2012-2013: **l'effectif des étudiants a augmenté sans augmentation du nombre d'enseignants proportionnellement plus importante.**

Tuteurs :

On a observé une **augmentation** du nombre de tuteurs de **2010-2011 (688) à 2012-2013 (870).**

d. Progression du nombre de chefs de cliniques

Le nombre de **CCU a légèrement augmenté, 13%** en **2 ans** (67 en 2010-2011, 76 en 2012-2013). **11 CCA** ont été dénombrés en **2012-2013**.

e. Progression du nombre de lieux de stages ambulatoires

Pour le DFASM :

- **Le nombre de postes de stages** proposés aux étudiants de **2011-2012 (3882) à 2012-2013 (4295)** a augmenté de **10.6%.**

- **3571 étudiants** de DFASM ont **réalisé** le stage de MG en **2011-2012**.
- **17 DMG sur 30** proposaient une **formation facultaire intégrée** au stage.

Pour le 3ème cycle :

Concernant le stage de niveau 1 : **3181 étudiants de 3ème cycle** (**2480 en 2009**) l'ont réalisé au cours de l'année universitaire **2011-2012,** soit **28%** d'étudiants **en plus,** pour un nombre de **postes proposés de 3186**. **18 postes en moins** ont été proposés en **2012-2013**. **20 DMG sur 33** proposaient une **formation facultaire intégrée** au stage.

Concernant le SASPAS: **1209 étudiants de 3ème cycle** (**944 en 2009**) l'ont réalisé au cours de l'année universitaire **2011-2012, soit 28% d'étudiants en plus,** pour un nombre **de postes proposés de 1293**. **333 postes en plus** ont été proposés en **2012-2013. 19 DMG sur 33** proposaient une **formation intégrée** au stage.

En comparaison au SASPAS, le **stage de niveau 1** proposait **davantage de stages en PMI** (73,5% vs 50%), HAD (47% vs 26%), Assurance Maladie (50% vs 18%), CPEF (21% vs 9%), Service médical mobile (32% vs 12%) et en médecine scolaire (32% vs 15%). Ils proposaient **autant de stages en cabinet de ville, centre médical de santé et autres (prison, INSERM,…).**

Concernant le stage ambulatoire pôle mère-enfant : **19 DMG** proposaient ce stage en **2011-2012**. **184 étudiants** de 3ème cycle l'ont réalisé la même année pour un nombre de **postes de 165. 59 postes supplémentaires** ont été proposés en **2012-2013**.

14 DMG des 19 DMG concernés proposaient un stage **exclusivement ambulatoire**. Les lieux de stage les plus proposés étaient les **cabinets de ville** (15/19) et la **PMI** (11/19).

Stage libre : **14 DMG** proposaient un **stage libre ambulatoire** en **2011-2012.** Sur les 12 DMG ayant répondu, 5 proposaient un stage libre proprement dit, le même nombre proposait un stage de niveau 1 ou SASPAS non pourvu et 4 DMG les 2.

Le stage ambulatoire validant le pôle mère-enfant et le stage ambulatoire libre ne sont réalisables que depuis l'*arrêté du 10 Août 2010* (8) *;* ce qui explique que nous n'ayons aucune donnée recueillie pour 2010-2011.

2. Ratios enseignants/enseignés, lieux de stage/enseignés

a. Inadéquation effectif lieux de stage/ effectif enseignés

DFASM :

Pour un nombre d'**étudiants total** en **DFASM stable** de **2010-2011 (23568) à 2012-2013 (23587)**, le nombre de **postes** de stage **a considérablement augmenté,** de **73%** (2485 en 2010-2011 et 4295 en 2012-2013)**.**

Au cours de l'année universitaire **2012-2013**, **2400 MSU** étaient en fonction en DFASM sur les 34 DMG, pour **4295 postes** de stages proposés. En extrapolant à **encadrement constant**, il aurait fallu **4393 MSU** pour accueillir les 7862 étudiants par an au DFASM**, soit 1993 MSU de plus**. Selon le même raisonnement appliqué pour **l'année universitaire 2010-2011**, **4676 MSU auraient été nécessaires, soit 2191 MSU de plus que l'effectif de l'époque**.

Nous pouvons en conclure que **le manque de MSU pour encadrer les étudiants reste important même s'il tend à se corriger discrètement de 2010 à 2012.** Pour illustrer cette tendance, le **ratio MSU/étudiants de DFASM**, a **augmenté entre 2010-2011 et 2012-2013** en passant de **1 MSU/5,31 étudiants** (1479/7856) à **1 MSU/3,5 étudiants** (2400/7862).

3ème cycle :

- Pour le stage de **niveau 1 ainsi que le SASPAS**, les **effectifs d'internes** ont augmenté de **28% en 2 ans** de 2009-2010 (N1 = 2480, SASPAS = 944) à 2011-2012 (N1 = 3181, SASPAS = 1209), soit une moyenne de **14% d'augmentation par an**. Le **nombre de postes de stages a augmenté en 1 an**, de 2010-2011 à 2011-2012, de **13,7% pour le stage de niveau 1 (**2010-2011 = 2801, 2011-2012 = 3186) et de **17% pour le SASPAS** (2010-2011 = 1102, 2011-2012 = 1293).
- Au cours de l'année universitaire **2012-2013**, **3281 MSU** de SASPAS étaient en fonction sur les 34 DMG, pour **1626 postes** de stages proposés. En extrapolant à **encadrement constant**, il aurait fallu **6727 MSU** pour accueillir les 3334 étudiants par an**, soit 3446 MSU de plus**.
- Le **nombre de postes de stages ambulatoires proposés pour valider le pôle mère-enfant** a augmenté de **54%** entre 2011-2012 et 2012-2013 sur les 18 DMG concernés.

b. Inadéquation effectif enseignants/effectif enseignés

<u>3ème cycle</u> :

- D'après les chiffres du CNGE communiqués à l'ONDPS au 30/04/2013, tous les DMG se situent très au-dessus du **ratio habituel étudiants/enseignants équivalent temps plein** (ratio attendu entre 10 et 20). **18 DMG atteignent un ratio au delà de 100.** Au 1er janvier 2013, on comptabilisait 124,5 équivalents temps plein universitaire (contre 101,5 en 2010-2011). **L'augmentation** du nombre **d'étudiants** de **10,4%** (13419 contre 12153 en 2010-2011) entre 2010 et 2012 ne s'est accompagnée que d'une **augmentation proportionnelle** du nombre de **postes équivalents temps plein** de **15,8%** (183 versus 212).
- Le **ratio tuteurs/tuteurés** suit la même tendance avec une **baisse de 16,7%** du ratio (1/18 en 2010-2011 versus 1/15 en 2012-2013).

Au fil de ces 3 dernières années, le nombre d'étudiants n'a cessé d'augmenter sans augmentation équivalente du nombre d'enseignants et de stages proposés. La création de la FUMG et l'augmentation des missions des enseignants de MG ne s'est pas accompagnée d'une amélioration des ressources universitaires compte tenu de l'augmentation du nombre d'étudiants. Les ratios suscités permettent de visualiser la tendance des flux enseignants/enseignés/stages de la FUMG ces 3 dernières années. Il existe un risque important de voir le volet enseignement de la FUMG (universitaire et hospitalier) saturé si des mesures de rattrapage ne sont pas mises en œuvre à court terme. Ces chiffres posent la question de l'urgence de nommer dans les 2 ans à venir plus d'enseignants, comme cela avait été prévu, afin d'assurer une formation de qualité correcte aux futurs médecins généralistes.

3. Tutorat et validation du D.E.S

Répondre à un questionnaire relevant à la fois du quantitatif et du qualitatif a été difficile et constituait une limite dans l'interprétation de nos résultats. Cette enquête principalement quantitative a toutefois permis d'appréhender certaines notions qui différaient d'un DMG à l'autre et qu'il serait nécessaire d'évaluer par des enquêtes qualitatives telles que:

- Différence entre les formations intégrées au stage, aussi bien dans le stage de DFASM que dans les stages de niveau 1 ou le SASPAS.

- Hétérogénéité du nombre d'internes par tuteur.
- Disparité d'encadrement par les tuteurs.
- Absence de processus commun de validation des stages de niveau 1 et du SASPAS.
- Contenu et modalités de validation du port folio
- Contenu et modalités de validation de la thèse

Si le contenu de l'enseignement théorique du D.E.S est fixé par arrêté, sa forme est laissée à l'appréciation des DMG.
Il serait intéressant d'harmoniser la validation du D.E.S de MG afin que les médecins généralistes de France soient évalués et formés de manière similaire.
Au vu de l'hétérogénéité des données recueillies, une étude qualitative menée au moyen d'entretiens individuels, permettrait de progresser sur la compréhension des mécanismes de fonctionnement des divers DMG.
La demande d'harmonisation des procédures de validation du D.E.S est déjà la position soutenue par les organisations syndicales étudiantes (12) ainsi que par le CNGE. (16) Elle prend tout son sens au vu des résultats de notre enquête.

4. Recherche

a. Progression du nombre de publications

En **2011**, il y a eu **130 publications référencées de MG, 135 en 2012** avec la **même proportion de 1er, 2ème et dernier auteurs MG** (60 à 70% de 1ers auteurs ces 2 années).

Cette légère progression a également été constatée pour les **publications dans les revues indexées**, avec 70 publications en 2011 sur 19 DMG, 73 en 2012 sur 22 DMG en France. La **proportion de 1ers auteurs** a **baissé** (56% en 2011, 46% en 2012), celle des **auteurs en rang accessoire dits autres** a **augmenté** (ni 1er ni 2ème ni dernier) (16% en 2011, 29% en 2012).

C'est au niveau des **publications internationales** qu'est notée une nette **augmentation** du nombre de publications; **de 2011 (10) à 2012 (16)** pour les **revues de médecine générale** (**60%**) et **pour les revues non MG** (**15%)**. Le nombre **d'articles publiés dans des revues avec**

un facteur d'impact supérieur à 1 a **considérablement augmenté ces 3 dernières années**, passant de **5 en 2010** à 36 en 2011 et **40 en 2012**.

Nous avons comptabilisé le **même nombre de publications nationales dans des revues autres que identifiées MG** de **2011 à 2012**, à savoir **52**. Le constat est similaire pour les **publications dans la revue française de médecine générale de référence Exercer** ; **29** publications en 2011 et en 2012 (versus 21 en 2010) avec **100% de 1ers auteurs**.

b. Faible augmentation du nombre de publications en médecine générale

Le nombre de productions scientifiques en MG ne cesse de grandir mais reste faible.

Pour que la recherche en médecine générale existe à grande échelle, il est nécessaire d'une part d'avoir des productions scientifiques concernant la médecine générale et les soins primaires et d'autre part des espaces de publication reconnus, favorisant la diffusion des connaissances et leur appropriation par la communauté. Actuellement, il n'existe aucune revue française de recherche en médecine générale indexée. La revue *Exercer* a pour objectif d'obtenir l'indexation dans un futur proche puisqu'elle répond aux critères demandés.

La FUMG est en pleine croissance. L'année 2010 marqua le départ effectif de la filière universitaire de médecine générale avec la constitution des équipes autour des premiers titulaires et constitue un point de repère de la production scientifique de la médecine générale dans ce contexte. Malgré une croissance importante par rapport à ce point de départ, la production scientifique française reste encore quantitativement modeste, reflet d'une absence de démarche structurée et d'un morcellement des initiatives qui n'ont pas permis jusqu'ici de créer un environnement propice à la recherche en médecine générale.

II. Forces et faiblesses

1. Forces

Il s'agissait de la 2ème enquête avec des données réelles colligées sur le terrain, et conduite par les universitaires de la discipline. Nous avons donc des données comptabilisées dans chaque DMG, examinées au plan national, vérifiées et recoupées en cas de discordance.

Ayant déjà été sollicités en 2010, les DMG ainsi sensibilisés ont pu d'une façon générale être davantage réactifs et organisés dans leur manière de répondre.

2. Limites

Malgré de nombreuses relances, il a persisté un certain nombre de données manquantes, non fournies par certains DMG, qui nous ont contraints parfois à extrapoler ces données à l'ensemble des 34 DMG. Le questionnaire comportait beaucoup d'items et nécessitait un délai important pour un recueil le plus exhaustif possible, ce qui a pu essouffler la dynamique de réponses des DMG.

Malgré l'analyse des faiblesses du questionnaire de la première enquête de 2010, qui a été allégé et reformulé, certaines données sont restées imprécises et n'ont pu être exploitées pour 3 principales raisons :

1. ***Questions non comprises ou mal formulées***
   - Nombre de MSU du 3ème cycle : données inhomogènes car question mal posée (Nombre de MSU en fonction dans le 3ème cycle au 31/12/12) ; certains DMG ont seulement renseigné le nombre de MSU pour le 1er semestre de l'année universitaire 2012-2013, d'autres sur les 2 semestres cumulés.
   - Nombre d'heures complémentaires réalisées par les enseignants de médecine générale: soit absence de réponse soit réponse « ??? » soit réponse incohérente, et ce, malgré les explications données par courriel ou téléphone.
   - Rémunération des tuteurs au forfait ou au nombre d'heures : concept mal défini avec pour certains DMG, les 2 réponses cochées, ce qui est n'est pas possible.
2. ***Manque de données : méconnaissance de certains chiffres par défaut de recueil dans la base de données ; celle-ci différant d'un DMG à l'autre.***
   - Répartition des 3 catégories de MSU (HU, PH, autres intervenants non généralistes) assurant les différentes modalités de cours en 3ème cycle.
3. ***Réponse ouverte avec manque d'homogénéité des réponses par défaut de définition consensuel des concepts rapportés***
   - Montant de la rémunération des tuteurs par étudiant
   - Type de recueil de travaux demandé pour le mémoire

- Contenu de la soutenance du mémoire

Au moment de la rédaction de ce travail, **le CNGE a lancé un nouvel état des lieux au 01/01/2014.** Lors de cette enquête plus restreinte que notre travail, les DMG se voyaient **rappeler leurs chiffres au 01/01/2013** et étaient invités à renseigner l'évolution au 01/01/2014. Certains DMG ont modifié quelques unes de leurs données au 01/01/2013 expliquant des différences entre les résultats de ces 2 enquêtes. Les différences concernaient le ratio enseignants équivalents temps plein/enseignés (1/110 contre 1/108 dans ce travail) et le nombre de postes de stage proposés. Néanmoins ces **différences** sont **minimes** et ne remettent pas en cause les conclusions de ce travail. Il est à noter cependant qu'avec les **données de l'enquête 2014**, le **nombre d'étudiants au-delà du TCEM3 n'ayant pas validé le D.E.S** est estimé à **3406 contre 3265 dans ce travail**. Dans la mesure où ce nombre était estimé à 3360 en 2010, le nombre d'étudiants au delà du TCEM3 et n'ayant pas validé le D.E.S **augmenterait bel et bien** selon cette nouvelle estimation.

3. Biais

Il s'agissait principalement de **biais de mesure**. Les supports de données différaient d'un DMG à l'autre notamment dans le mode de recueil informatique, pouvant aboutir à des données non pertinentes, parfois extrapolées, faussant les chiffres réels et soldées par des erreurs d'estimation dans l'interprétation des données.

De même, nous avons été confrontés à des **biais déclaratifs**. Effectivement, les chiffres de 2010-2011 ayant eux-mêmes été soumis à des biais de mesure, nos chiffres ont parfois été comparés à des données de 2010-2011 potentiellement non comparables car analysées d'une manière différente.

Nous avons du interpréter les données séparément les unes des autres puis dans leur globalité afin de ne pas mésinterpréter les chiffres et de s'assurer de leur recoupement.

III. Comparaison avec la littérature et perspectives

Nous avons comparé nos chiffres recueillis sur le terrain aux données de 2 grandes institutions ; l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

1. Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

L'**ONDPS** a été créé en 2003. Il s'agit d'une instance qui, à partir des propositions des comités régionaux, propose au ministre chargé de la Santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, au cours des 5 prochaines années. Cela permet d'anticiper la montée progressive des quotas et d'anticiper les conditions de formation de l'ensemble des spécialités médicales.

Le rapport de 2012-2013 étant à toujours paraître au moment de la rédaction de cette thèse, nous avons donc comparé nos chiffres avec ceux de 2010-2011.
L'ONDPS propose dans son rapport de 2010-2011, un nombre d'internes de médecine à former, par région ou subdivision, pour la période 2010-2014, en se basant sur le nombre de postes réellement pourvus et occupés dans chaque région. (38) (39)

- Notre enquête montre que l'effectif des internes en médecine générale augmente entre la 1ère et la 3ème année du D.E.S (T1=3473, T3 + au-delà T3=6599); constatation déjà existante en 2010-2011 (T1=3001, T3 + au-delà T3=6314) et coïncidant avec les données de l'ONDPS.
- De même, du fait de nombreux redoublements, les prévisions basées sur le numerus clausus arrêté 6 ans auparavant se sont avérées hasardeuses. Le nombre d'étudiants comptabilisés par l'ONDPS en tant que T3 n'a cessé de croitre (passant de 6314 à 6599 de 2010-2011 à 2012-2013), du fait d'un nombre d'étudiants occultés mais représentant l'équivalent d'une 4ème promotion de 3ème cycle: les étudiants au-delà de T3 et les étudiants au-delà de T3 perdus de vus. Les effectifs de T3 proposés par

l'ONDPS dans son rapport de 2010-2011 ne tenaient pas compte de ces étudiants qui majorent le nombre de T3 total de façon considérable.

Comme nous l'avons dit précédemment, environ 50 % des postes post-ECN sont désormais alloués à la MG afin d'obtenir l'équilibre 50%-50% avec les autres spécialités. Cela a pour conséquence un nombre de postes de MG proposé par l'ONDPS élevé, certes cohérent avec les objectifs ministériels et répondant à une réelle demande de soins mais dont il faut tirer des conclusions en termes d'encadrement

Ainsi en 2010-2011, l'ONDPS proposait 17950 postes en MG (contre 15620 postes proposés initialement par les comités régionaux).

On constate l'affichage d'une politique volontariste de formation des futurs généralistes mais le contexte, estimé par l'ONDPS et a fortiori par les DMG, ne semble pas permettre une adéquation avec cet affichage. Les capacités de formation et d'encadrement doivent, dans un délai relativement court, s'adapter à cette évolution.

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La DREES a été mise en place par le décret du 30 novembre 1998. Sa vocation est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. Elle développe une expertise pour l'ensemble des professions de santé, comme en témoigne ses publications annuelles ainsi que les projections d'effectifs qu'elle réalise régulièrement.

La DREES a publié en 2011 une étude qualitative par entretiens sur les itinéraires des jeunes médecins généralistes en France à l'issue du stage chez le praticien (29). Elle a suivi 51 internes de 4 DMG différents, de 2002-2004, soit avant l'instauration du D.E.S de médecine générale, puis 2006-2010. Cette étude a permis de conclure que l'exercice de la médecine de famille de premier recours n'est pas l'horizon unique de tous les diplômés de MG. Effectivement, **22% seulement étaient devenus généralistes installés et 8% généralistes**

remplaçants exclusivement. Sur les 51 médecins, 32% n'ont jamais remplacé en médecine générale laissant envisager qu'ils ne s'installeront pas même à terme. Les autres pratiquaient **soit selon un mode d'exercice particulier** (4% à la fois généralistes remplaçants et urgentistes à l'hôpital, 6% installés en nutrition, angéiologie et hypnose médicale) **soit de la médecine autre que médecine générale** (4% urgentistes de ville, 14% urgentistes hospitaliers exclusifs, 8% gériatres, 4% psychiatres), **soit une médecine hospitalière ou salariale non hospitalière** (14% hospitaliers, 14% salariés non hospitaliers (3 médecins territoriaux, 2 médecins à la MSA, 1 médecin de l'Education nationale, 1 médecin de crèche)). 4% étaient inclassables (perdus de vue, réorientation).

Ces chiffres trouvent une de ses explications dans la vision que les étudiants de MG avaient de la médecine générale. La **formation de 3ème cycle en MG** fonctionnait pour une partie importante de l'effectif des jeunes diplômés comme une ouverture qui les dotait d'une **véritable polyvalence médicale plus que d'une « spécialité»**. Ce qu'ils apprenaient en MG **ne définissait à aucun moment leur horizon professionnel**, d'autant qu'ils fréquentaient de stage en stage des services hospitaliers spécialisés variés qui stimulent leur appétit de formations complémentaires. L'enjeu est de savoir si la création du D.E.S et de la filière universitaire de médecine générale peut modifier ces représentations. La question du retentissement de l'insuffisance quantitative de l'encadrement par des enseignants universitaires de médecine générale et des stages en médecine générale au cours du cursus est de ce fait à nouveau posée.

3. La loi HPST, le rapport Hubert, l'arrêté du 10 Août et la circulaire de la DGOS de 2011, enquête 2014 du CNGE.

- ***La loi HPST du 21 juillet 2009*** prévoyait dans son article 47 la **création annuelle** en France pour une durée de 4 ans, un nombre minimal de postes d'enseignants de MG de 20 professeurs titulaires, 30 maîtres de conférences titulaires et 50 chefs de clinique. L'application de cette loi devait ainsi aboutir à des effectifs de **60 professeurs, 90 maîtres de conférences et une centaine de chefs de cliniques** en 2011-2012. Or notre enquête au 01/01/2013 a dénombré seulement **29 professeurs** (contre 17 en 2010-2011), que **8 MCU (contre 3 en 2010-2011), soit un déficit de 113 titulaires.** Ce déficit n'a pas été compensé

par un recrutement d'enseignants associés à mi-temps avec **114 MCA** (contre 95 MCA en 2010-2011), **61 PA** (contre 68 en 2010-2011) et **76 CCU pour 11 CCA** (contre 67 CCU en 2010-2011).

Comme nous l'avons précédemment, le ratio **enseignants équivalent temps plein/enseignés de 3ème cycle** au 01/01/2013 **augmente modestement à 1/108 contre 1/120 en 2010-2011 mais reste à un niveau extrêmement faible.** Lors de notre enquête, il existait donc déjà un **retard dans la création des postes** prévue par la loi HPST avec un **déficit de 31 professeurs et 82 maitres de conférences titulaires**. Le respect des nominations prévues dans la loi ou l'équivalent aurait permis une amélioration du ratio actuellement reconnu comme incompatible avec le fonctionnement normal du D.E.S.

- Le **stage de MG de DFASM** est **obligatoire** légalement depuis **1997** et son cadre réglementaire a été mis en place progressivement par divers arrêtés, le dernier datant de 2011 avec un important changement de format en 2009. Ce stage peine à se développer, faute de MSU en nombre suffisant. **En *2010, le rapport Hubert*** s'étonnait que malgré 3 arrêtés successifs imposant ce stage, **seulement 23 facultés aient répondu aux obligations réglementaires en 2010**. De même ce rapport précisait que seulement **37% des étudiants en DFASM avaient pu bénéficier de ce stage** en 2010-2011. (40) **Selon notre enquête**, sur 34 DMG en France **seulement 30 proposent un stage de DFASM en MG**. Comme nous l'avons vu précédemment, 3571 étudiants du 2ème cycle ont réalisé le stage ambulatoire en 2011/2012 et 4295 étudiants devraient le réaliser en 2012/2013, soit **55% des étudiants annuel moyen de DFASM** (7862) comptabilisés cette même année.

Actuellement, le stage de niveau 1 est obligatoire dans la maquette du D.E.S, il est donc réalisé par l'ensemble des internes. L'accès au **SASPAS** n'est, quant à lui, effectué que par **36% des internes inscrits au DES de MG au 1er janvier 2013**, ce qui fait 64% des étudiants qualifiés en MG qui n'auront effectué que 6 mois sur 36 dans un cabinet de MG. Cette insuffisance d'exposition à la formation en situation professionnelle participe de l'absence de projet professionnel de beaucoup d'étudiants identifiée par la DREES. D'ailleurs, il n'y a pas d'équivalent d'une exposition aussi faible dans les pays comparables aux nôtres.

Faute de lieux de stage et de MSU suffisants comme nous le verrons, les moyens octroyés au stage du 2ème cycle, pourtant indispensable, embolisent les moyens humains qui pourraient être alloués aux stages de MG du 3ème cycle.

- L***'arrêté du 10 Août 2010***, **a traduit la volonté d'ouvrir d'autres stages du D.E.S au champ ambulatoire** a*vec* 2 modifications majeures:

1) l'ouverture de stages en secteur ambulatoire en pédiatrie et en gynécologie obstétrique validant le stage « gynécologie-pédiatrie »
2) la possibilité de réaliser le semestre libre dans une structure agréée non hospitalière permettant à un interne de faire un semestre en plus en médecine générale ambulatoire. (17)

Son applicabilité sur le terrain est actuellement limitée par le manque de MSU. Les ressources humaines qui y sont consacrées sont souvent autant de postes en moins pour les stages de niveau 1 et de SASPAS dans la situation actuelle de carence de MSU.

En pratique, cette maquette permettrait à terme de faire potentiellement 2 stages hospitaliers (urgences et médecine adulte) et 4 stages ambulatoires (stage de niveau 1, SASPAS, gynécologie et/ou pédiatrie et le stage libre.

- ***L'instruction N° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale***, préconise un objectif à terme de 9000 maîtres de stages en ambulatoire (y compris dans les autres spécialités que celle de médecine générale), sans préciser la date du terme, mais préconisait une augmentation de l'ordre de 20 % du nombre de MSU avant la fin 2011. (38) Nous avons vu que nous estimions nécessaire de disposer de 1993 MSU supplémentaires pour permettre à tous les étudiants de disposer du stage en médecine générale de DFASM. De même, il faudrait 3446 MSU de plus pour permettre l'organisation du SASPAS pour tous les étudiants. Ces deux fonctions sont le plus souvent compatibles entre elles compte tenu de l'organisation pédagogique de ces stages. On peut donc estimer nécessaire le recrutement au total d'environ 3500 MSU supplémentaires par rapport aux 6638 actuels. L'instruction de la DGOS viserait donc un objectif trop limité par rapport aux besoins dessinés pour un avenir assez proche. Il est donc indispensable de poursuivre l'effort de recrutement et de formation des MSU pour permettre la déclinaison des stages de médecine générale en DFASM et en D.E.S**.**

- ***Le CNGE*** a lancé au 01/01/2014, une nouvelle enquête sur une partie des données de l'enquête au 01/01/2013. Il a été recensé
    - 14326 étudiants dans le D.E.S soit 4,7% de plus qu'au 01/01/2013.
    - 7666 MSU agréés totaux soit 9,3% de plus qu'au 01/01/2013.
    - 3609 étudiants n'ayant pas validé le D.E.S à la fin des 3 premières années soit 10,5% de plus qu'au 01/01/2013.
    - 4837 étudiants en DFASM ayant réalisé un stage soit 35,6% de plus qu'au 01/01/2013.
    - 1392 étudiants ayant réalisé le SASPAS soit 15,2% de plus qu'au 01/01/2013.
    - Un ratio enseignant équivalent temps plein/enseignés de 1/103 soit 6,8% de plus qu'au 01/01/2013.

IV. Perspectives

Plusieurs des conclusions de ce travail (augmentation du nombre d'étudiants, ratio enseignants/enseignés très faible validation du D.E.S retardée par manque d'enseignants, formation initiale inhomogène entre les DMG,…) permettent :

- De nourrir la réflexion sur la **répartition des postes d'enseignants** entre les différentes spécialités par le MESR,
- De penser la **politique de formation des généralistes** de demain.

<u>Deux points nous apparaissent importants à souligner :</u>

1. **En termes de formation**, les projets et la représentation de l'identité professionnelle se construisent au cours du DFASM. La **MG est peu enseignée en 2ème cycle.** Aucun item de l'examen national classant (ECN), en rapport avec la MG, n'est enseigné par des enseignants de cette spécialité et les dossiers proposés à l'ECN ne sont rédigés que par des spécialistes autres que les généralistes. Sensibiliser les futurs médecins à venir, dont la moitié deviendra généraliste, avant même de choisir leur future pratique médicale continue d'être une urgence pour l'avenir de la profession. Savoir choisir, c'est renoncer, mais faut-il encore savoir le faire en toute connaissance de cause et en toute clarté des choix potentiels. Effectivement, nombreux sont les étudiants déjà engagés dans le cursus de 3ème cycle de médecine générale, qui se réorientent par la suite, soit via leur droit au remords soit par l'intermédiaire de DESC (gériatrie, urgences), mais surtout en s'orientant vers différents exercices en établissement de santé. Il apparaît fondamental de renforcer la formation de MG en 2ème cycle en intégrant une dimension relative aux soins primaires et à la prévalence des problèmes de santé au sein des évaluations à l'issue du DFASM et notamment aux ECN. Cette réflexion devrait déboucher sur la rédaction de situations cliniques par des enseignants de médecine générale, par la présence de certains d'entre eux dans les jurys et par la responsabilité de l'enseignement de certains items de l'ECN. Ces suggestions renvoient évidemment à la problématique des effectifs déjà évoquée.

2. **En termes de représentation universitaire**, la MG a été reconnue comme une option depuis octobre 2006 au sein de la sous-section 53-01 du CNU. La nomination des premiers titulaires de MG date de 2009 mais aucun d'entre eux n'y siège officiellement. Malgré une collaboration étroite et de très bons rapports avec la médecine interne qui préside la sous-section 53-01, malgré la présence de deux généralistes universitaires placés près la sous-section 53-01 lors des débats concernant les nominations de leurs pairs, il est significatif qu'ils n'aient toujours pas été officiellement nommés. La perspective d'une sous-section correspondant à la reconnaissance pleine et entière de la discipline au sein du CNU n'est pas actuellement envisagée.

CONCLUSION

Depuis 2002, la médecine générale (MG) est statutairement au même rang que toutes les autres spécialités médicales, sa reconnaissance institutionnelle en tant que discipline universitaire se construit très progressivement. Afin de garantir l'offre de soins de proximité sur l'ensemble du territoire, une augmentation du numérus clausus a été effectuée de 1998 à nos jours, mais de façon non graduelle. Notre enquête a ainsi fait le même constat qu'en 2010, celui du nombre croissant d'étudiants en 3ème cycle de MG sans ascension équivalente de l'effectif enseignants avec un ratio enseignants équivalent temps plein/enseignés de 1/108. La moitié des effectifs étudiants se concentre en TCEM3 et au-delà, allongeant de facto la durée de leur cursus universitaire et diminuant d'autant le nombre de candidats potentiels à l'installation. La réalisation des objectifs fixés par l'article 47 de la loi HPST de 2009 connaît un net retard alors que l'augmentation du nombre d'étudiants de MG à former est conséquente.

L'ONDPS avait déjà fait en 2008 le constat que tous les diplômés de MG n'exerçaient pas la MG, entendue comme médecine de 1er recours. Une des pistes de lutte contre ce phénomène de « fuite» qui intervient à l'issue du 3ème cycle de MG vers des fonctions autres que les soins primaires ambulatoires, serait de régulariser les flux de spécialistes et donc l'intérêt de certains étudiants pour d'autres formations en post internat (DESC), via la filiarisation.

Enfin, la recherche en soins primaires de la FUMG, se développe progressivement. Celle-ci n'est pas encore comparable aux autres spécialités, du fait de faibles moyens en termes d'équipes scientifiques et de publications. La poursuite de cette progression, gage de la qualité de la prise en charge des patients et de la santé globale de la population, reste une priorité.

L'analyse de l'évolution des dynamiques démographiques en MG, sur les années à venir, représente un enjeu central pour envisager quelles seront l'offre et la répartition futures des soins en MG.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ANEMF. « Quel bilan pour la mise en place de la 2ème année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales? Rapport DFGSM », décembre 2012. Disponible : http://www.anemf.org/IMG/pdf/rapport_dfsgm_-_del_cembre_2012_.pdf

(2) Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [en ligne]. In *Journal Officiel*, n°72 du 26 mars 1997, p. 4684. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id

(3) Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [en ligne]. In *Journal officiel*, n°250 du 27 octobre 2001, p. 16963.
Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722

(4) Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [en ligne]. In *Journal officiel*, n°233 du 6 octobre 2004 p. 17076. Disponible :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000807238&categorieLien=id

(5) Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales et odontologiques [en ligne]. In *Journal officiel*, n°249 du 26 octobre 2006, p. 15819. Disponible :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000458860

(6) Arrêté du 17 novembre 2008 fixant la composition, les attributions et les règles de fonctionnement de la Commission nationale d'intégration des enseignants associés de médecine générale dans les corps d'enseignants titulaires de médecine générale [en ligne].

In *Journal Officiel*, n°0272 du 22 novembre 2008, p.17838. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000019778825&categorieLien=id

(7) Arrêté du 18 juin 2009 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [en ligne]. In *Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités* n°2009/7 du 15 août 2009, p. 134. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf

(8) Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [en ligne]. In *Journal officiel,* n°0199 du 28 août 2010, p. 15668.
Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&dateTexte=&categorieLien=id

(9) Arrêté du 3 mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [en ligne]. In *Journal officiel*, n°116 du 19 mai 2011 p. 8733.
Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000024028053&categorieLien=id

(10) Attali C et col. Guide pratique du MSU ECA volume 3. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, Edition L&C Paris 2012

(11) Beylot J. Médecine générale, médecine interne. Des combats aux enjeux partagés. Rev Med Interne 2009 ; 30 : 377–381.

(12) « Certifié ou non, telle est la question », Médecine et société, enseignement théorique et certification, l'Antidote, le Journal des internes de médecine générale, p. 3.
http://www.isnar-img.com/sites/default/files/antidotes/antidote_07_full.pdf

(13) Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés [en ligne].
Disponible : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_97-620_1.pdf

(14) Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé [en ligne]. Disponible : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_DGS-DES-2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf

(15) Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes (CASSF), Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), *Référentiels métier et compétences: Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*. Berger-Levrault., 2010.

(16) Collège National des Généraliste Enseignants. « L'activité de CNGE Collège Académique », mars 2012.
http://www.cnge.fr/le_cnge/lactivite_de_cnge_college_academique/.

(17) Comité national d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Rapport d'évaluation sur le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises ; 1998 [en ligne]. Disponible : https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf

(18) Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale ». *Exercer*, n° 108 (2013): 148-55.

(19) De Pouvourville G. Rapport remis aux Ministres de la Santé et de la Recherche : Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France. Comité d'Interface INSERM/Médecine Générale ; Mai 2006.

(20) Décret n°91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques [en ligne]. In *Journal Officiel*, n°222 du 22 septembre 1991, p. 12421. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BF9B59C81115CEE2C856ECCD6CF49AD7.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000000538994&categorieLien=id

(21) Décret du 5 novembre 1991 portant nomination de professeurs associés de médecine générale (enseignements supérieurs, disciplines médicales). In *Journal Officiel,* n°263 du 10 Novembre 1991. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000172907

(22) Décret du 15 juillet 1992 portant nomination de professeurs associés de médecine générale. In *Journal Officiel*, n°167 du 21 juillet 1992. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000176027

(23) Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [en ligne]. In *Journal Officiel*, n°115 du 18 mai 1997, p. 7538. Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=51404EBA76B03990AB27F38831FE1944.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000381745&categorieLien=id

(24) Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [en ligne]. In *Journal officiel*, n°15 du 18 janvier 2004, p. 1394. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000781658&categorieLien=id

(25) Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale [en ligne]. In *Journal Officiel*, n°0176 du 30 juillet 2008, texte 35. Disponible http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000019267080&categorieLien=id

(26) Décret du 07 décembre 2009 portant intégration (enseignement supérieur) [en ligne]. In *Journal officiel*, n°0285 du 9 décembre 2009, texte 79. Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BF9B59C81115CEE2C856ECCD6CF49AD7.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000021411064

(27) Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales [en ligne]. In Journal officiel, n°0150 du 1 juillet 2010, p. 11932. Disponible :http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022414984&categorieLien=id

(28) Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés [en ligne]. In *Journal officiel*, n°0236 du 10 octobre 2010, p.18323. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022900200&dateTexte&categorieLien=id

(29) Géraldine Bloy, DREES. « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas? », n° 104. Série Études et Recherche (février 2011). Disponible : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf

(30) ISNAR. *Bulletin Officiel Circulaire n°2014-0001 du 22-1-2014*, 13 février 2014. Disponible:http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/140213_mesr_bo_extrait_soinsprimaires2ecycleem.pdf

(31) JORF. *Décision du 23 octobre 2012 fixant le contrat type mentionné à l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique pour les enseignants des universités non titulaires de médecine générale*, 2012. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026581916

(32) Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques [en ligne]. In *Journal Officiel* du 26 décembre 1982, p. 3861. Disponible : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880032

(33) Loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Article 60 [en ligne]. In *Journal Officiel*, du 18 janvier 2002, p. 1008. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=52766455874EB781CA7A692732FAD203.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id

(34) Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale JORF n°0034 du 9 février 2008[en ligne]. In *Journal officiel*, n°34 du 9 février 2008 p. 2454.
Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018088910&dateTexte=&categorieLien=id

(35) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. In *Journal officiel*, n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184.
Disponible :http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

(36) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. « Comment devient-on enseignant-chercheur? », mai 2011. Disponible : http://www.univ-paris13.fr/ecole-doctorale-erasme/images/stories/mesr_guideec_mai2011.pdf

(37) Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Geneviève Fioraso. *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 23 septembre 2013. Disponible : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/035-sns.asp

(38) ONDPS. « Des professions de santé en évolution: pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation, Le rapport 2010-2011 de l'ONDPS, Tome 3 ». Disponible :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens_orthophonistes_medecins_en_formation.pdf

(39) ONDPS. « Les internes en médecine: Effectifs et répartition 2010-2014; Le rapport 2010-2011 de l'ONDPS, Tome 1 ». Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-_Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf

(40) Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale [en ligne]. In *Journal Officiel* du 31 décembre 1958, p. 12070. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=58B2389AE4131B93A4F69AFD42890C5F.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000000886688&categorieLien=id

(41) Rapport IGAS RM-2007-030P/IGAENR 2007-016. Création de la filière universitaire de médecine générale ; 2007 fév [en ligne]. Disponible : http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/10/5/7105.pdf

(42) Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale et Collège National des Généralistes Enseignants Collège académique. « CHARTE DES MAITRES DE STAGE DES UNIVERSITES Les éléments fondamentaux », 6 février 2012. Disponible : http://ufrmedecine.unicaen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1339426790239

(43) WONCA Europe. « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille », 2002. Disponible : http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf